

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

ANNÉE 1963 - N° 244

TITRE DE LA THÈSE

**De la relation Sociale des
Blessés crâniens à la phase séquellaire
Réflexions et Essai d'appréciation
en fonction des déficits instrumentaux**

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le **18 décembre 1963**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

SCHADELLE Jean-Marie

né le 23 mars 1938
à TONNERRE (Yonne)

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire

LYON
IMPRIMERIE ROUGERON
56, RUE MARIETTON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE LYON

ANNÉE 1963 - N°

TITRE DE LA THÈSE

**De la relation Sociale des
Blessés crâniens à la phase séquellaire
Réflexions et Essai d'appréciation
en fonction des déficits instrumentaux**

THÈSE

présentée

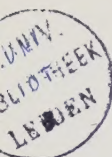
à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le **18 décembre 1963**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par

SCHADELLE Jean-Marie

né le 23 mars 1938
à TONNERRE (Yonne)

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire

LYON
IMPRIMERIE ROUGERON
56, RUE MARIETTON



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyens honoraires :

M. J. LÉPINE, Membre de l'Institut.
M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut.

Doyen : M. J.-F. CIER

Assesseurs : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATÉ, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET.

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique urologique.
PONTHUS	Physique biologique.
(Dét. à Beyrouth.)	
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale.
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie.
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B.
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B.
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires.
CROIZAT	Clinique médicale C.
ENSELME	Chimie biologique et médicale.
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A.
REVOL	Pharmacie galénique.
POLLOSSON	Clinique gynécologique.
PIGEAUD	Clinique obstétricale.
BOURRET	Médecine du travail.
LEVRAT	Clinique médicale A.
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale.
NETIEN	Botanique et cryptogamie.
BERTRAND	Clinique chirurgicale C.
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique.
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie.
ROCHE	Médecine légale et déontologie.
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique.
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie.
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique.
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie.
BRUN	Clinique de pneumo-ptysiologie.
CREYSSEL	Clinique traumatologique des membres.
DARGENT	Clinique carcinologique.
GUICHARD	Anatomie pathologique.
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale.
LATARJET	Anatomie.
PEYCELON	Pathologie chirurgicale.
GIRARD Marcel	Thérapeutique.
VACHON	Pathologie médicale.
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires.
PAPILLON	Radiologie.
JEUNE	Clinique des maladies infectieuses.
GONIN	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale.
MONNET	Bactériologie.
BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales.
CHATONNET	Physiologie B.
GUINET	Clinique endocrinologique.
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique.

MM. FREIDEL	Clinique stomatologique.
MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles.
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutiques.
DUMONT Louis	Histologie et embryologie.
PERROT	Chimie.
CIER J.-F.	Physiologie A.
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.
MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque.
X.....	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.
X...	Biologie médicale et pharmacodynamie.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine.
BERTOYE	Bactériologie.
MANSUY	Neuro-chirurgie.
COLLET	Chimie pharmaceutique.
SARROUY	Clinique de pédiatrie.
LACROIX	Climatologie.
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique.
LECUIRE	Neuro-chirurgie.
REVOL	Médecine générale.
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie.
CIER André	Pharmacie chimique et pharmacologie.
FEROLDI	Anatomie pathologique.
MORET	Physique biologique.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS TITULAIRES

MM. CREYSSEL Roger	Chimie biologique.
THIVOLET	Hygiène.
GARIN	Parasitologie.
PINET	Electro-radiologie.
ODDOUX	Botanique et cryptogamie.
DE SOLLIERS	Chimie analytique.
TOLOT	Médecine du travail.
DESPIERRE	Médecine générale.
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie.
DESCOTES	Chirurgie générale.
JOUVET	Pathologie expérimentale.
PEYRIN	Physique biologique.
TOMMASI	Anatomie pathologique.
BUFFARD	Electro-radiologie.
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique.
DE MOURGUES F.	Stomatologie.
NAUSSAC	Maladies infectieuses.
REBOUILLAT	Chirurgie générale.
ROMAGNY	Pédiatrie.
DELAHAYE J.-P.	Médecine générale.
DELEUZE R.	Anesthésiologie.
GIRAUD M.	Electroradiologie diagnostic et thérapeutique.
MICHEL	Anesthésiologie.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS STAGIAIRES

MM. DUROUX	Anatomie.
BRETTE	Thérapeutique.
BOUCHET	Anatomie.
FAVRE-GILLY	Hématologie.
GIROD	Histologie et embryologie.
GRAS	Chimie biologique.
MALLEIN	Chimie analytique.

MM. RIFFAT	Hygiène.
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie.
FLANDROIS	Physiologie.
VIALIER-RAYNARD	Bactériologie.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BURTHIAULT	Obstétrique.
FRANÇOIS	Pédiatrie et puériculture.
GIGNOUX	Oto-rhino-laryngologie.
GUILLEMIN	Chirurgie générale.
JAUBERT DE BEAUJEU	Chirurgie générale.
MARION Pierre	Chirurgie générale.
PLAUCHU	Médecine générale.
PONT	Médecine générale.
SAUTOT	Chirurgie générale.
TRAEGER	Médecine générale.
VIGNON	Médecine générale.
BONAMOUR	Ophthalmologie.
COLIN	Médecine légale.
COLOMB	Dermatologie.
DE MOURGUES Georges	Chirurgie générale.
DEVIC	Médecine générale.
DUMONT Martial	Obstétrique.
DURAND	Urologie.
FRANCILLON	Chirurgie générale.
SAUBIER	Chirurgie générale.
SCHOTT	Neuro-psychiatrie.
ALLEGRE	Neuro-chirurgie.
CHASSARD	Electro-radiologie.
FAYSSE	Orthopédie.
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie.
GARDE	Médecine générale.
HUGONNIER	Ophthalmologie.
KALB	Pneumo-phthisiologie.
LARBRE	Médecine générale.
MARET	Chirurgie générale.
MORNEX	Médecine générale.
NORMAND	Médecine générale.
PERRIN André	Médecine générale.
BÉTHENOD	Pédiatrie et puériculture.
DUMAS	Stomatologie.
FRIES	Médecine générale.
GARMIER	Obstétrique.
LAMBERT	Médecine générale.
MICHOULIER	Chirurgie générale.
NOEL	Médecine générale.
ROBERT	Médecine générale.
SCHNEPP	Orthopédie.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

M. le Professeur J. DECHAUME (Président de Thèse)

M. le Professeur COLIN

M. le Professeur GUYOTAT

M. le Professeur SCHOTT

A MA FEMME

A TOUTE MA FAMILLE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Jean DECHAUME

*Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique
et d'Hygiène Mentale*

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence du jury de
notre thèse.

Qu'il veuille bien nous permettre de
rendre un respectueux hommage à
son sens de l'humain et accepter la
profonde gratitude de son élève.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur COLIN

Professeur agrégé de Médecine légale et de Médecine du Travail

Qu'il trouve ici l'assurance de notre respectueuse reconnaissance pour son enseignement d'une médecine profondément sociale.

Monsieur le Docteur GUYOTAT

Professeur agrégé de Neuro-Psychiatrie

Il nous a initié à une médecine psychosomatique.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respect et de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur SCHOTT

Professeur agrégé de Neuro-Psychiatrie

Nous avons été très sensible à la finesse de son enseignement de séméiologie.

Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de notre gratitude.

A Monsieur le Médecin-Colonel GIRARD

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Il nous a inspiré cet ouvrage. Il nous
a guidé dans sa réalisation.

Ses qualités professionnelles et hu-
maines nous seront toujours un
exemple.

Hommage respectueux.

A Madame HARTMANN

Psychologue à la Clinique Neuro-Psychiatrique du Val-de-Grâce

Elle nous a aidé à la réalisation de
cet ouvrage.

Qu'elle trouve ici toute notre reconnaissance.

Aux assistants du Service de Neuro-Psychiatrie du Val-de-Grâce

A Monsieur le Médecin-Général BORON

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chirurgien des Hôpitaux des Armées

A nos maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux Civils et Militaires

INTRODUCTION

Les problèmes posés au médecin par les Blessés Crâniens offrent une diversité d'aspects dans lesquels nous ne saurions nous engager. Il nous apparaît important de limiter d'emblée l'envergure et l'optique de notre travail.

Nous n'établirons pas de revue des conceptions actuelles, pourtant nous leur avons fait écho en plaçant le problème des séquelles des traumatismes crâniens au sein de la relation sociale.

En cours d'exposé, nous parlerons de blessés crânio-cérébraux — en abréviation : B. C. C. — désignant par là des blessés avec perte de substance osseuse et parfois issue de matière cérébrale après une fracture ouverte, soit par balle, soit par éclats de matériaux divers.

Les cas que nous relaterons répondent à cette définition. Ils sont, en outre, porteurs de déficit instrumental. Nous entendons désigner par ce terme, toute altération neurologique anatomo-fonctionnelle consécutive à la blessure. Il peut s'agir d'altération dans la fonction de relation sensitive ou motrice, ou de langage (compréhension, élaboration, expression). Un tel déficit peut alors retentir sur les opérations de la vie de relation : opérations praxique, gnosique ou de langage, mais surtout sur l'intentionnalité « d'un sujet profondément engagé par son corps et, notamment, son système nerveux dans le milieu naturel » (*)

Quand nous parlons de phase séquellaire, nous envisageons cette période définie au-delà de la phase comateuse et de la phase d'encéphalopathie post-traumatique aiguë, caractérisant l'évolution clinique du B. C. C. On peut admettre alors que l'état du B. C. C. ne nécessite plus de soins permanents en milieu hospitalier et qu'il peut prétendre à une réinsertion sociale.

Nous avons travaillé en collectivité militaire et ce fait apporte à notre étude un contexte particulier que nous préciserons.

(*) HESNARD A. : Apport de la phénoménologie à la psychiatrie contemporaine. Rapport de Psychiatrie présenté au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. LVII^e Session. Tours. 1959.

Disons que nous n'avons pas mené d'étude directement thérapeutique, non plus que médicolégale.

Notre travail s'inscrit dans une démarche de compréhension du blessé et de son débat avec son milieu dont le fondement philosophique est directement inspiré de la Phénoménologie (nous n'avons pas voulu toutefois soulever des problèmes de conception psycho-pathologique des différents déficits instrumentaux, ce qui dépasserait les limites de cette thèse).

Dans une première partie, théorique, on trouvera un exposé de l'esprit de cette démarche.

CHAPITRE I

Nous avons été frappés, au début de ce travail, par la distance qui séparait la signification d'un symptôme décrit isolément (dans une optique neurologique) de sa signification perçue et vécue par le sujet. Un blessé nous en fit une révélation imagée, brutale, dans son sentiment de n'être pas compris des médecins. Nous transcrivons ses mots : « Les médecins disent que j'ai une héli-parésie gauche à prédominance brachiale, mais ce qui compte pour moi, c'est que j'ai un bras mort..... et lorsque je vois ce bras mort sous la tête de ma femme cela m'inhibe ».

A ce moment, nous nous sommes mis en quête d'un courant d'idées qui se soucie de l'humain jusque dans ses aspects pathologiques, et qui puisse compléter une attitude médicale classique, sans l'amputer ni la rejeter. La compléter dans la mesure où, comme dit HESNARD : « Il n'y a aucune incompatibilité entre les disciplines objectives de la biologie et de l'anatomo-physiologie, et la *compréhension* en tant que révélation des significations et valeurs existentielles particulières à tel individu malade ».

Nous avons dans ce travail associé ces deux façons de connaître les blessés crânio-cérébraux.

La discipline phénoménologique, née d'un mouvement philosophique, nous a apporté une méthode de « connaissance compréhensive » dont nous voudrions rappeler les notions essentielles, pour éclairer notre travail.

Cette discipline se donne pour tâche de saisir le sens du monde, tel qu'il apparaît à chaque être humain. Elle fonde sa méthodologie dans le concept premier de la conscience « intentionnelle » : toute conscience est conscience de quelque chose : « objet ou sujet ». On réintroduit donc l'être humain « dans le monde », un monde « pour lui », vécu dans une relation expérientielle singulière. La conscience est conçue comme profondément « engagée » dans le corps du sujet comme dans son monde.

Cette intentionnalité de la conscience est la visée de l'objet, visée qui est « donatrice de tout sens ». Pour qu'il y ait conscience, il faut qu'il y ait un objet, un objet « intentionnel ».

La conscience « est un acte, un faire ».

Et la forme concrète de cette intentionnalité, de ce don permanent de sens, se manifeste à travers le comportement. Ce dernier est « débat et explication perpétuelle de l'homme avec un monde physique et un monde social » (1).

C'est ce comportement *structuré* qui va être saisi, par nous, du dehors, dans certaines limites. En tant que comportement vécu, réponse à un monde perçu, il possède une *unité* donnée par un sens-pour-le-sujet, que nous essaierons de saisir par la connaissance compréhensive.

De cette conception de l'être-au-monde découle le rôle permanent du corps propre par lequel l'homme est au monde avant toute conscience réflexive : corporéité, qui est une manière d'être, une façon de répondre aux questions du champ phénoménal de la situation concrète.

Dans cette relation « conscience-monde », l'espace et le temps deviennent « vécus pour un sujet donné » comme « réseaux d'intentionnalité ». C'est ce que disent HUSSERL : « La conscience n'est pas seulement un *je pense*, mais un *je peux* » et HESNARD : « c'est mon corps propre, système de fonctions anonymes, spécialement neuro-musculaires qui me fait adhérer spatialement au monde et qui m'apprend à m'y conduire motricement ».

La conscience est donc au monde par l'intermédiaire du corps. L'espace vécu, chez un sujet normal « va de soi », car son corps a assimilé des noyaux de réponse motrice adaptés aux questions de l'espace. C'est ainsi que « l'expérience motrice de notre corps n'est pas un cas particulier de notre connaissance : elle nous fournit une manière d'accéder au monde et à l'objet, une « practo-gnosie » qui doit être reconnue comme originale et peut-être originaire. Mon corps... comprend son monde sans avoir à passer par des représentations, sans se subordonner à une « fonction symbolique ou objectivante ». De là découle que « la position des objets est donnée immédiatement par l'ampleur du geste qui l'atteint et dans laquelle est comprise la présence d'extension du bras — Si je veux m'habituer à une canne, je l'essaye, je touche quelques objets, et après quelque temps, je l'ai « en main ». D'où le problème du déficit corporel qui va troubler le champ des noyaux praxiques, de ce que MERLEAU PONTY appelle le « corps constitué » ou encore le « corps habituel » — A quoi, il opposera le « corps actuel », nouveau corps donné par la mutilation. C'est un corps diminué avec des « zones de silence » en face des objets familiers, et MERLEAU PONTY perçoit l'anosognosie et le membre fantôme comme un refus « vécu » de la mutilation par un « Je » engagé dans un certain monde physique et inter-humain qui continue de se tendre vers son monde en dépit des déficiences ».

(1) Merleau-Ponty : La structure du comportement.

D'autre part, dans ce champ phénoménal où l'être est une conscience engagée dans un rapport sujet-monde, Autrui est un « coexistant, avec un comportement à comprendre certes, mais un comportement qui est une réponse au même monde que le mien. C'est pourquoi, il m'est directement, quoique partiellement accessible à travers un vécu comportemental. La phénoménologie réintroduit à côté du champ naturel un champ social : « En tant que je suis ainsi né, que j'ai un corps et un monde naturel, je peux trouver dans ce monde d'autres comportements avec lesquels le mien s'entrelace » (2).

Autrui me perçoit dans mes mimiques, dans mes actes, dans mon langage gestuel ; son regard m'objective à moi-même en me posant d'une certaine façon comme objet, mais la communication est établie implicitement au niveau corporel. « Je sens ma colère » pour l'autre, sans jugement de sa part, mais du fait même de ma coexistence avec lui dans un monde culturel donné.

C'est cette coexistence qui va poser un problème au déficitaire dans la mesure où « par comparaison » il va se saisir comme ayant une nouvelle « physionomie », un autre « style », dans le regard d'autrui. C'est à travers l'autre, d'une certaine façon qu'il se sent lui-même autre.

Le déficit s'inscrit donc dans un champ de relations au monde et au socius qui ne « va plus de soi », qui pose un problème pour le B. C. C. : — « pourquoi est-ce que je ris tout le temps — Les gens, dans le bus, me regardent ».

Nous avons donc essayé dans notre travail de compléter l'approche objective classique, clinique et psychométrique par une « psychologie à la première personne » qui saisisse, non plus le déficit, mais la conscience déficitaire engagée dans un monde déjà là, antérieurement.

(2) Merleau-Ponty : *Phénoménologie de la perception*.

Nous nous proposons, dans le chapitre suivant, une présentation de nos cas qui objective leur personnalité prétraumatique, les circonstances de leur blessure, l'évolution des signes de leur blessure jusqu'à la phase séquellaire.

Dans une première partie figureront l'aspect neurologique et psychométrique de ces divers points.

Dans la seconde, leur aspect dans « le sens-pour-le-blessé », tel qu'il le raconte et le vit.

Plus précisément on trouvera :

- des réflexions générales sur nos cas ;
- un exposé de ces cas dans leur aspect à la fois clinique et psychométrique ;
- la signification pour nos blessés de leur traumatisme et des suites de leur blessure.

CHAPITRE II

A. — *RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR NOS CAS.*

L'optique particulière définie plus haut, dans laquelle nous voulions étudier les blessés crânio-cérébraux, ne nous a pas permis de nous en tenir aux observations traditionnelles qui figuraient dans les dossiers de la clinique Neuro-Psychiatrique du Val-de-Grâce.

Elle supposait en effet, un contact répété avec les blessés, une pénétration de son milieu familial qui ne nous a été possible d'une manière satisfaisante que pour quatre des cas que nous avons approchés.

Ce contact s'est établi à l'occasion de consultations ou d'hospitalisations. Nous l'avons poursuivi par étapes, durant toute l'année 1963. Toutefois, nous avons eu par ailleurs l'occasion de suivre, quoique partiellement, nombre d'autres cas et si leur description ne figure pas ici, leur compréhension interviendra au moment de dégager nos conclusions.

Les cas que nous relaterons ont tous présenté un coma long (d'une durée de deux à six semaines), suivi d'une période confusionnelle allant de trois semaines à cinq mois. Tous présentent (quoique de manière transitoire seulement, pour l'un d'eux) des déficits instrumentaux, et pour deux d'entre eux, une intervention d'urgence a été pratiquée.

Enfin, chez trois est apparu une comitatalité. Pour chacun des cas, sur le plan de l'efficiencia mentale, on a pu définir une détérioration par les épreuves psychométriques.

L'APPROCHE PSYCHOMÉTRIQUE ET LA FICHE BDM 123

— Nos cas ont été testés à plusieurs reprises en cours de leur récupération. Il est intéressant, ici, de signaler dans quel contexte, se situait l'examen psychologique. Cet examen a été conduit d'une part alors que les blessés crâniens étaient déjà pensionnés, d'autre part à l'intérieur d'une relation médecin-malade et non d'une relation expert-malade.

Cette approche du blessé par les tests était donc acceptée, voire désirée. Acceptée dans la mesure où ces épreuves faisaient partie d'une évaluation « objective » venant compléter le diagnostic clinique. Désirée, pour le sujet qui cherchait à se rassurer quant à ses possibilités actuelles et ultérieures. Il semble, de ce fait, que

les examens psychologiques n'aient pas été influencés par l'attitude de majoration ou de simulation des déficits, redoutée en expertise.

Mais dans le même temps où ces examens se trouvaient recentrés sur le sujet lui-même, nous étions amenés à nous poser un problème essentiel pour le blessé crânien : celui de la prise de conscience des déficits. D'autant plus que nos sujets étaient jeunes, non encore affirmés dans des rôles adultes, sociaux ou familiaux, ou du moins les ayant à peine ébauchés. En outre, pour deux d'entre eux, intellectuellement évolués, nos tests représentaient, au fur et à mesure de leur récupération, une mise à l'épreuve importante, à laquelle ils réagirent cependant différemment (l'un utilise le rire automatisé de son syndrome frontal, l'autre organise cette épreuve de réalité, en fonction d'un noyau névrotique antérieur).

L'examen psychométrique se situe en effet, comme « épreuve de réalité » un peu brutale par rapport à l'examen clinique. Ses questions sans fards, ses réussites en plus ou en moins, peuvent constituer — pour le sujet dont l'esprit critique se réveille peu à peu — un choc, dans la mesure où cette investigation n'est pas insérée dans une relation thérapeutique sous jacente. Même un test comme le Rorschach, en vertu de ses difficultés perceptives, a pu être saisi par l'un de nos sujets, comme un révélateur de son incapacité d'assumer son rôle professionnel antérieur. Ce fut comme si un voile s'était levé : A la première planche il disait « c'est pas dur, c'était mon boulot (dessinateur, modeliste) ». A la cinquième il était effondré, « dites je ne peux plus faire mon métier, tout à l'heure, déjà, les chiffres, et ici... ».

Ces remarques permettent de situer la place réservée à l'investigation psychologique, pour le médecin comme pour le blessé crânien. Au premier, elle apporte — outre le complément diagnostique à un moment donné — par la répétition des épreuves au cours des étapes de la récupération, une indication valable en ce qui concerne la bonne marche de celle-ci, tout en permettant de dégager la direction que devra prendre la réinsertion socio-professionnelle ultérieure. En outre, dans la mesure où la détérioration n'est pas trop massive, et permet l'utilisation de tests projectifs, l'investigation peut mettre en relief un noyau névrotique antérieur que le traumatisme a pu déguiser (c'est le cas d'un de nos sujets).

En ce qui concerne le blessé crânien, il importe dans certains cas et à certains moments, d'éviter de renforcer une anxiété qui paraît trop importante, par une séance de tests (d'autant que l'efficacité du sujet serait très amoindrie). Mais il nous est apparu que la prise de conscience provoquée des déficits (amnésie, lenteur, apraxie, maladresse corporelle), peut être utilisée pour le blessé crânien, dans la mesure où il consentira à s'occuper de ses manques

et non plus à les dissimuler. Ceci surtout dans les périodes post-traumatiques où le sujet devient de plus en plus lucide mais, tente, ultérieurement de nier la nécessité d'une rééducation dans une attitude de fuite plus ou moins avouée (« Je ne suis pas aussi abîmé qu'eux » disait l'un de nos sujets apracto-gnosique rééduqué en hôpital dans un groupe où figuraient des aphasiques). C'est ainsi que l'un d'eux consentit à mettre un frein à une activité intellectuelle désordonnée où il se réassurait sans cesse.

L'examen psychologique s'est donc inscrit pour nous dans une double perspective : celle d'une utilisation des tests quantifiés comme jalons de récupération pour le thérapeute, celle d'une prise de conscience vitale pour le sujet. Double perspective centrée sur le sujet, sa réadaptation présente et future.

En ce qui concerne la quantification de la détérioration d'un sujet, dans un moment donné de sa vie militaire par rapport à son état antérieur au service, nous disposions, en milieu militaire d'un outil précieux : la B. D. M. 123. Cette fiche rassemble les résultats aux tests d'efficiences que tout sujet appelé exécute dans un centre de sélection. Certes le niveau antérieur d'un blessé est souvent donné par le niveau scolaire atteint, et ses qualifications professionnelles. De plus, nous disposons en psychométrie, de tests résistants à la détérioration. Encore faut-il que cette détérioration ne soit pas trop massive, auquel cas l'évaluation n'est plus possible.

L'intérêt de la fiche B. D. M. 123 nous est apparu dans deux cas. D'une part celui du sujet dont le niveau intellectuel antérieur, ne pouvait être évalué ni par un niveau scolaire (absence de C. E. P.), ni par une tâche socio-professionnelle (un de nos cas : paysan par exemple). Nous aurions pu alors surestimer les diminutions d'efficiences du sujet. Le second cas concerne le sujet dont le niveau intellectuel antérieur était très supérieur à ses résultats scolaires comme à ses fonctions professionnelles. Sans la fiche B. D. M. 123 témoignant de l'excellent classement du sujet aux tests du facteur G, nous aurions sous-estimé la perte réelle subie par le traumatisé.

Cette évaluation inexacte de la détérioration, en plus ou en moins, nous importe surtout ici, par ses conséquences vis-à-vis du sujet. Une perte des fonctions verbales et conceptuelles chez un être antérieurement supérieur n'a pas la même importance que chez un sujet antérieurement plus frustré. Qui plus est, le vécu du sujet, son sentiment intime « de n'être plus comme avant », est tout à fait différent. Or, c'est ce vécu que nous avons essayé de cerner pour apporter une aide efficace au B. C. C. en vue de sa resocialisation ultérieure.

B. — EXPOSÉ DES CAS DANS LEUR ASPECT A LA FOIS CLINIQUE ET PSYCHOMETRIQUE.

OBSERVATION N° 1. — Alain D..., 28 ans.

Personnalité prétraumatique :

Intellectuel, issu d'une famille noble de tradition militaire. Son éducation a été confiée à un oncle homme d'affaires, de milieu très aisé, sans enfants.

Ainsi isolé du reste de la famille et en particulier de ses frères et sœurs (4), il se sent alors considéré comme rejeté, mais aussi envié en raison des facilités matérielles que lui procure la situation de son oncle.

Il est sportif (tennis, escrime, équitation), «chahuteur», assez peu travailleur, il apparaît alors comme insouciant des difficultés de la vie.

Il est contraint par un père froid, lointain, à préparer une école militaire au concours d'entrée de laquelle il échouera une première fois avant de réussir. C'est donc comme officier d'active, chef de peloton qu'il part en Algérie.

Les circonstances de la blessure :

Au combat il est blessé par éclat de grenade. Il semble avoir été évacué immédiatement dans de bonnes conditions.

Il s'agit donc de circonstances normales de combat pour un officier de carrière.

L'évolution des suites de la blessure :

Le 26 août 1959, en Algérie, blessure cranio-encéphalique temporale droite, par éclat de grenade, avec issue de matière cérébrale, suivie de coma carus avec hémiplegie gauche incomplète à prédominance facio-brachiale (chez un gaucher contrarié). L'intervention d'urgence est nécessaire, on retient du protocole opératoire : la cure d'un foyer d'attrition cérébral et l'interruption de trois branches du bouquet vasculaire prérolandique.

Les suites immédiates sont favorables : on note au 6 septembre 1959 : conscience bonne, hémiplegie en régression au niveau de la face et du membre inférieur, inchangée au niveau du membre supérieur. Mais on signale quelques troubles de la parole à type d'intoxication par le mot.

Il n'y aura pas de syndrome confusionnel aigu post-traumatique proprement dit. Les observations suivantes, outre le syndrome pyramidal irritatif et déficitaire du membre inférieur gauche,

l'attitude en demi flexion du membre supérieur gauche, avec hypertonie des fléchisseurs du bras et signes irritatifs, font état de séquelles psychométriques caractérisées par un ralentissement idéo-moteur et une indifférence apparente à son environnement, ainsi que de troubles phasiques minimes.

En octobre 1959, on constate les premières crises comitiales. Elles se répètent d'autant plus que le blessé vit son traitement anticomitial comme une contrainte à éluder, et nombre d'accès seront ainsi imputables, selon toute vraisemblance à des abstentions thérapeutiques. On note ainsi une crise par mois, environ, au cours de 1960, et la comitialité ne sera équilibrée qu'en 1961, à raison de 15 cgr de gardénal par jour.

Fin 1960, on discerne l'installation d'une certaine euphorie, avec désintérêt et rires immotivés en crises spasmodiques qui évoquent un syndrome moriatique, et l'on note déjà une ébauche de prise de conscience douloureuse de ces rires qui vont frapper l'entourage. La parésie brachiale gauche conditionne un vécu très variable sur lequel nous reviendrons.

On assiste en 1961 à plusieurs essais pour reprendre des études littéraires ou linguistiques : Anglais, Russe, Arabe dans un cours privé. Dessin même dans une académie.

Fort heureusement le sujet n'y attribue pas trop d'importance, car la réussite y aurait été peu sûre malgré de meilleures possibilités notées sur le plan de l'effcience mentale.

Le 7 octobre 1961, mariage avec une très jeune fille (17 ans) non sans avoir pris avis médical sur la possibilité d'une descendance, et sur l'éventualité d'un rapport d'ordre pathologique, entre sa propre blessure et l'intégrité de cette descendance.

Dès septembre 1962 la réinsertion deviendra meilleure avec la reprise d'une activité intellectuelle importante : il entreprend un brevet de spécialisation. Mais le syndrome subjectif commun déjà ébauché, va s'accentuer.

Aspects psychométriques :

La première investigation faite deux mois après le traumatisme, fait apparaître au Wechsler un affaissement intellectuel important (non chiffrable). Au Benton (test de rétention visuelle) il obtient une différence de trois points significative et, qualitativement, on note des erreurs typiquement organiques. Le Rorschach souligne l'inégalité et l'imprévisibilité des réactions de D... qui sont tantôt adaptées, tantôt hors de la réalité.

Deux mois après, il récupère deux points au Benton (forme C), deux points qu'il reperd trois ans après dans le dernier bilan. A cette époque il réussit le vocabulaire Binois-Pichot avec 31 points,

mais donne des résultats moyens au D 48 (20). Compte tenu de la détérioration physiologique, la probabilité qu'il soit détérioré est $> .05$. Elle est *significative*.

Il est alors pratiquement impossible de refaire un Wechsler-Bellevue, le comportement étant essentiellement perturbé par des fous-rires incontrôlés qui paraissent investis dans l'attitude défensive et hostile du sujet à l'égard des tests. Cette attitude va d'ailleurs presque au refus explicite de certaines questions qu'il juge absurdes (compréhension et similitudes). On remarque dans la série verbale du test un fléchissement net des items : chiffres et problèmes (7) par comparaison à la note d'information (15). Les tests psychomoteurs l'irritent dans la mesure où ils mettent en question l'usage de sa main gauche : « d'une main c'est pas facile ». Irritabilité qui va de pair avec l'autocritique, et qui le conduit à abandonner la tâche très rapidement : « Je ne peux plus, ça ne va pas ». Il cède à certains encouragements mais parfois s'obstine dans une opposition farouche. On note un échec complet à la reconstruction de la main dans l'épreuve « assemblages ».

Trois ans et demi après le trauma-crânien, nous avons donc un sujet qui a de très grandes probabilités d'être détérioré ($P > .05$), qui présente des signes « doux » d'organicité au Wechsler-Bellevue, pas de troubles visuomoteurs (Rey : type 1) décelables, mais essentiellement des troubles de rétention mnésique (Benton-Rey forme mémoire, Wechsler). Les pronostics, quant à sa réussite dans le nouveau cycle d'études supérieures entrepris apparaissent donc très réservés. L'attitude de D... durant les épreuves se prête assez peu à toute mise en garde contre un échec éventuel dans ce cycle d'études. Son autocritique, son rire défensif paraissent cependant dissimuler une énorme anxiété à cet égard.

OBSERVATION N° 2. — Philippe B..., 25 ans.

Personnalité prétraumatique :

Il s'agit d'un intellectuel dont l'enfance est marquée d'une carence affective certaine. Sa mère est décédée alors qu'il avait quatre ans. Son père alors prisonnier, il est confié à des tantes. Puis six ans plus tard, le père remarié, veut l'intégrer à son nouveau foyer où deux filles sont nées.

« Mon père est un étranger pour moi » dit-il. Il allègue une indifférence à l'égard de sa belle-mère et des demi-sœurs. Pensionnaire, il semble avoir mené une quête anxieuse d'affection auprès des autres. Il obtiendra aisément son baccalauréat (première moderne et mathématiques élémentaires).

Il a depuis longtemps un attrait marqué pour la mer et se tourne vers l'école de la Marine marchande. Son père s'oppose

fermement à ce projet. Il se dirige alors vers propédeutique littéraire, malgré, là encore, une opposition paternelle.

C'est pour échapper à ce conflit qu'il résilie son sursis et part au service. Candidat E. O. R. il est nommé sergent et chargé de protection civile en Algérie.

Il s'agit en somme d'une personnalité ayant eu à faire face à des conflits affectifs, dont on peut admettre que l'entrée dans l'armée prend la signification d'une solution à ce conflit dans la fuite.

Dans la fiche B. D. M. 123 : tous ses résultats le situent dans le groupe supérieur : échelle 20 dans un étalonnage en 20 classes. Ce qui ne fait que confirmer ce qu'on pouvait déduire de sa réussite universitaire.

Circonstances de la blessure :

Elles sont mal précisées. Au cours d'une liaison avec son chef direct, B... est victime d'un accident de véhicule. Situation banale en elle-même et peu valorisante. Mais entourée d'un halo de mystère et d'épopée par le sujet lui-même, et sur lequel nous reviendrons (au niveau du chapitre II en B.).

Il est évacué le jour même sur l'hôpital militaire Maillot à Alger.

L'évolution des suites de la blessure :

Polyblessé par accident de la circulation le 26 mars 1962. Traumatisé crânien avec coma agité et prolongé (trois semaines environ). Il est porteur par ailleurs, d'une atteinte haute du plexus brachial gauche.

Dès l'entrée à l'hôpital des signes d'irritation pyramidale droite associés à un œdème bilatéral, prédominant à gauche, fait soupçonner l'existence d'un hématome. Une artériographie carotidienne droite écartera cette hypothèse, et l'E. E. G. objectivera des signes de souffrance cérébrale diffuse d'origine profonde.

Le 13 avril 1962 : on note un brusque dérèglement neuro-végétatif, une hémiparésie droite avec signes de Hoffman et de Babinski, une régression de la conscience. Le fond d'œil objective à nouveau un œdème. Une nouvelle artériographie est alors pratiquée qui ne peut mettre en évidence un hématome.

Une période confusionnelle de type Korsakovien va durer un mois environ, cependant que les signes d'atteinte motrice droite vont pratiquement disparaître. A son issue, le blessé s'engage dans une activité intellectuelle importante à la recherche de ses « manques » en ce domaine.

Une encéphalographie gazeuse pratiquée le 10 septembre 1962 objectivera une dilatation modérée et sensiblement symétrique des ventricules latéraux, paraissant respecter les cornes temporales. Le passage de l'air à la convexité reste discret.

Un syndrome subjectif commun va se préciser début 1963 avec, au premier plan, des sensations vertigineuses, et en liaison avec une reprise prématurée de ses études littéraires. Le sujet se fiancera à Pâques 1963, puis se mariera.

Actuellement, la monoplégie du membre supérieur gauche, par lésion plexuaire, est complète avec amyotrophie importante de la ceinture scapulaire, du bras, de l'avant-bras et de la main. L'électrodiagnostic objective une réaction de dégénérescence totale des nerfs cubital, musculo-cutané, médian et radial. Il existe un œdème succulent de la main gauche d'origine artérielle avec absence totale d'oscillations artérielles pour la totalité du membre.

L'hémi-parésie droite par ailleurs a complètement rétrocedé.

Aspects psychométriques.

La fiche B. D. M. 123 situe ce sujet dans la classe supérieure de l'ensemble de la population appelée, et ceci pour tous les tests, que ce soit de facteur G, verbal ou d'acquisition scolaire. Ce qui implique que ce garçon pouvait aisément envisager les études supérieures qu'il avait entreprises (niveau Propédeutique quand il devance l'appel).

La première investigation psychométrique, trois mois après le traumatisme, fait apparaître une forte probabilité de détérioration ($P > .05$). Le niveau verbal reste très supérieur à la moyenne ($Q_i = 119$ au test de vocabulaire Binois-Pichot) mais la pensée abstraite est juste moyenne. Pas d'altération significative au Benton. Dans le test de Rorschach, on relève quatre signes du psycho-syndrome organique. Mais il semble que la structure névrotique évidente qui s'y révèle, ait renforcé ces signes. La labilité émotionnelle, les chocs nombreux (rouge et couleurs en particulier) la banalité stéréotypée des réponses évoquent une structure à traits hystéro-phobiques. Les réponses infantiles viennent confirmer l'impression d'un moi fragile, immature, assez peu inséré dans la réalité (abondance des G synchrétiques).

Six mois plus tard, il passe le test de Wechsler où il obtient des notes irrégulières avec faiblesse notable aux questions sensibles à « l'organicité » (chiffres, assemblages, code). La détérioration se chiffrait à 28 % soit une probabilité toujours très forte (de $P = .05$). Les résultats au Benton se trouvèrent inchangés. Le profil du M. M. P. I. valide, fit apparaître une flèche Hy - sub-normale et un V psycho-somatique esquissé.

Ce sujet se présente donc actuellement encore comme intellectuellement supérieur à la moyenne ($Q_i = 115$) mais suspect fortement de détérioration et son immaturité affective paraît s'inscrire dans une structure hystérique.

OBSERVATION N° 3. — Bernard T..., 24 ans.

Personnalité prétraumatique :

Il se présente comme un enfant de Ménilmontant qui a vécu dans un milieu simple. Fils unique dans un milieu familial par ailleurs dissocié, il a été élevé par la mère qui s'est remariée tardivement bien que vivant déjà avec le futur beau-père depuis un certain temps. Le sujet n'a revu son père qu'une seule fois, ignore tout de lui, comme d'ailleurs les raisons du divorce. « Mon père, c'est un inconnu sans étoile ». Il témoigne des sentiments très négatifs à son égard. C'est donc un fils unique très attaché à sa mère qui apparaît « surprotectrice ». Il avait ébauché des projets de mariage avec une jeune fille du quartier. Le quartier occupait une grande place dans sa jeunesse. C'était le lieu de rencontre dès la scolarité. L'intérêt dominant de son adolescence semble avoir été le sport sous des formes très diverses (cross, football, basket). Il est vu par ses camarades comme accrocheur et barreur.

Personnalité sthénique, dynamique, très sociable, vivant dans un réseau étroit de relations auxquelles il tient. Il s'est d'ailleurs inséré professionnellement dans le quartier après avoir suivi au-delà du C. E. P., une année de dessin industriel, puis deux années d'art graphique qu'il a quitté pour travailler avec un camarade artisan à qui il voue une grande estime.

Ce travail consistait en dessins d'imagination, création de modèles pour des soyeux. Il avait une grande liberté d'activité et se consacrait à ce métier d'art avec, semble-t-il, beaucoup de goût et de dextérité. Il pensait, après son service militaire, continuer cette activité de dessinateur.

Le service militaire est vécu à travers son goût sportif de la compétition et de l'affirmation de soi. Il a choisi d'être parachutiste dans l'infanterie coloniale. Il sort troisième sur trois cent de l'Ecole de Cherchell. Il fait dix mois comme sous-lieutenant, il participe à des actions dangereuses dans lesquelles il pourra mettre en valeur des qualités de chef.

La fiche B. D. M. 123 le classe dans le groupe supérieur quant aux résultats généraux ; le test de facteur G comme le test de vocabulaire, le situent dans le groupe le meilleur. Donc il était, intellectuellement, très supérieur à la moyenne ce que la simple considération de sa scolarité n'aurait pas pu faire apparaître et

dont témoignent cependant quelques bonnes réussites au Wechsler sans qu'on puisse l'affirmer.

Circonstances de la blessure :

Circonstance particulièrement valorisante : au cours d'un engagement contre l'ennemi. B. T. a successivement les deux servants de son F. M. tués à ses côtés, il est lui-même blessé (2 fois) mais continue à diriger l'action. C'est alors qu'il s'empare lui-même de l'arme automatique et reçoit une troisième blessure, cranio-cérébrale, celle-ci, qui le met hors de combat.

Il semble qu'il ait été recueilli immédiatement et évacué dans de bonnes conditions.

L'évolution des suites de la blessure :

Blessé le 11 octobre 1960. Transfixion bipariétale, O. E. gauche — O. S. droit, par balle, suivie de coma avec décérébration, avec hémiparésie droite et signe de Babinski bilatéral.

L'intervention d'urgence réalise une évacuation de bouillie cérébrale et d'un gros hématome ; le ventricule gauche est largement ouvert.

Le coma durera dix jours avec des désordres végétatifs fluctuants.

Rapatrié sanitaire le 18 novembre 1960 sur le Val-de-Grâce. On note alors un état d'excitation psycho-motrice permanente avec réactions agressives et gâtisme qui rétrocedera au cours du mois de décembre, et laissera apparaître, avec une cécité corticale et l'hémiparésie droite, des troubles aphasiques mixtes à prédominance sensorielle.

Début 1961, l'amélioration de l'état permettra un examen neurologique plus fin pour inventorier le syndrome pariétal complexe fait de la bilatéralité des lésions chez ce sujet à prédominance hémisphérique gauche. Une comitativité post-traumatique se manifeste huit mois après, elle sera d'allure Bravais-Jacksonienne avec, parfois, généralisation et une crise procursive. Elle restera longtemps mal équilibrée. Les E. E. G. successifs montrent des altérations dans la région pariéto-occipitale gauche puis, une dysrythmie lente, delta polymorphe bifronto-centrale.

Une encéphalographie gazeuse objective, une dilatation modérée du système ventriculaire, un remaniement cicatriciel de la région des carrefours, une dilatation nette de la corne temporale gauche. La comitativité ne sera bien jugulée qu'à partir de juillet 1962, où l'E. E. G. sera normalisé.

Une investigation actuelle des divers déficits peut être résumée comme suit :

— Un syndrome de Gerstmann avec agnosie digitale et autotopoagnosie partielle, indistinction droite-gauche sur l'observateur et sur un mannequin, troubles associés à une agraphie et une acalculie ;

— Des troubles de la série des agnosies spatiales :

- au premier plan des troubles portant sur les relations topographiques,
- un syndrome de Balint avec paralysie psychique du regard, discrète ataxie optique et troubles de l'attention visuelle surtout marqués pour le côté droit.

— Une agnosie tactile primaire pour la main droite ;

— Ses troubles phasiques mixtes ont considérablement rétrogradé, ils sont surtout faits d'aphasie amnésique (au sens de Pitres) et de discrète intoxication par le mot ;

— Enfin si ces troubles praxiques s'étendaient dans les trois domaines idéomoteur, constructif et de l'habillage, c'est l'apraxie visuo-constructive qui est désormais le trouble dominant.

Aspects psychométriques.

Les investigations psychométriques étagées durant la période d'hospitalisation donnent un résultat de :

97 à l'échelle verbale du Wechsler et,
46 à l'échelle performance.

Donc, le sujet garde un niveau verbal normal mais se situe dans les débiles en ce qui concerne l'efficiences motrice. Les déficits spécifiques apparaissent aux items organiques classiques : les problèmes, la série de chiffres, le Kohs, le code et l'assemblage, ces derniers étant le plus touchés (incapacité totale). Les traits saillants de ces observations en sont : l'aphasie amnésique (cherche ses mots continuellement), la conservation de la conceptualisation (bonne note aux similitudes) mais, au niveau des épreuves praxiques, manque de visualisation spatiale, difficulté visuo-praxique, absence de corrélation spatiale qui entraîne des réponses au hasard.

Le Wechsler répété à un an d'intervalle présente des résultats pratiquement équivalents, au niveau verbal comme au niveau moteur. La détérioration se chiffre à 71 % dans les deux résultats, elle est massive si l'on se souvient que le sujet se classait aux tests de vocabulaire comme aux tests de facteur G dans les 4 % de sujets supérieurs aux tests de présélection. Le Benton, le Rey dans leur succession objectivent une récupération, l'incapacité

totale originelle étant remplacée par un graphisme qui, s'il est encore inadéquat s'améliore, mais reste chargé d'erreurs organiques (fragmentations, rotations à 90°, persévération, pertes de relations spatiales).

Ce qui est perdu c'est la place des figures, la relation qu'elles occupent. « Je vois un rond, un carré, un triangle, je le retiens, je vois deux demis carrés mais je ne sais pas comment ils sont par rapport ».

Il s'agit là d'une agnosie spatiale qui ressort parfaitement à la figure de Rey, laquelle relève d'un type très archaïque (le type 5). Il y a perte de la vision synthétique, il reste au niveau synchrétique (pointilliste).

OBSERVATION N° 4. — Pierre C..., 25 ans.

Personnalité prétraumatique :

Il s'agit d'un jeune agriculteur du Nord, issu d'une famille aisée (exploitation moyenne), où le père est maire du village. C'est un garçon sthénique, ouvert à des problèmes d'activité, syndicaliste agricole, participant à des mouvements de jeunes (J. A. C.). socio-centrique, tenant volontiers des rôles comiques dans le groupe théâtral de son village. Il a de l'initiative, mais à l'intérieur d'un groupe, que ce soit en famille où le père entend rester le chef dans l'immédiat et n'admet pas les conseils techniques du fils, que ce soit dans le milieu scolaire catholique (Frères Maristes).

Il n'a pas passé son C. E. P. (« Je n'étais pas des plus forts, les Pères disaient que ce serait dur pour moi »), mais il a suivi des cours de perfectionnement agricole (4 ans) et sa visée personnelle est la ferme.

Nous avons donc une personnalité relativement autonome en face d'un père de type patriarcal rural, douée de facultés intellectuelles moyennes, mais équilibrée dans son souci d'activité et de perfectionnement avec un sens du terroir très développé. C'est d'ailleurs une fille du terroir que ses parents l'encouragent à épouser et il se fiance à dix-neuf ans.

Son avenir quand il part au service militaire est clair : reprendre l'exploitation agricole et se marier.

Le service militaire n'est pas appréhendé mais les deux mois qui y sont vécus avant l'accident sont recouverts, actuellement, par une amnésie de type lacunaire.

La fiche B. D. M. 123 fait apparaître un niveau scolaire moyen. Un niveau supérieur à la moyenne en ce qui concerne le facteur G. Le test de vocabulaire le montre légèrement en dessous de la moyenne.

Dans l'ensemble, les résultats le situent à 12 dans l'échelle à 20 points.

Circonstances de l'accident :

Ces circonstances sont peu valorisantes. Désigné pour faire partie d'un convoi en camion se rendant au secours d'un avion accidenté, il est lui-même victime de l'accident du véhicule qui le transportait.

Evolution des suites de la blessure :

Polytraumatisé avec traumatisme crânien grave le 14 janvier 1959.

Il présente une fracture de trait pariéto-temporal gauche et irradiation à la base. Coma profond et prolongé (six semaines environ) avec troubles végétatifs graves ayant nécessité une déconnection (Largactil, Dolosal, Phénergan, Hydergine - I. V.) plus oxygène continu, poursuivie pendant 15 jours.

Signes neurologiques immédiats : mydriase bilatérale avec abolition des cornéens (F. O. normal), crises de contractures clonique et tonique prédominantes aux membres supérieurs et à gauche. Les réflexes sont ostéotendineux : vifs, cloniques, il existe un signe de Babinski bilatéral. Dans les suites immédiates, si les fonctions végétatives se sont normalisées, le blessé présente un état confusionnel agité post-traumatique avec gâtisme, sans onirisme net. On remarque déjà un langage infantile qui fait poser le problème de troubles phasiques. Le syndrome neurologique résiduel est fait alors de signes d'irritation pyramidale aux membres inférieurs et d'une paralysie du VI^e droit.

Fin mars 1959, l'E. E. G. objective un tracé globalement désorganisé sans signes de localisation.

La pneumo-encéphalographie par voie lombaire note une dilatation modérée, mais globale du système ventriculaire dans son ensemble. Pas de déplacement ni de distorsion. Une partie de l'air en situation sous-durale se répartit de part et d'autre de la faux.

Les diverses observations qui se suivent reflètent une amélioration de l'état confusionnel, toutefois à l'occasion d'une permission de convalescence en mai 1959, on note qu'il n'a pas reconnu sa fiancée comme telle : « une fille que j'ai déjà vue ». Un désintérêt total de l'ambiance familiale et des choses de la ferme.

Fin 1960, l'état confusionnel aura régressé quoique incomplètement, et aura permis d'affirmer l'existence d'une jargonaphasie qui subira elle-même une amélioration sensible.

Puis l'année 1961 est partagée par des essais de réinsertion familiale et des périodes de réhospitalisation.

Le 29 novembre 1961, se déclare un épisode méningé instauré dans un état de mal. Les examens radiologiques ne peuvent mettre en évidence une fistule. Il s'ensuivra une nouvelle baisse de l'efficiencia mentale ainsi, surtout, qu'une réaction thymique dans le sens d'une dépression. Le tracé électrique objectivera un discret dysfonctionnement séquellaire des formations basales.

Début 1963 : sur le plan neurologique, persistent de petits signes d'irritation pyramidale aux membres inférieurs. L'E. E. G. s'est pratiquement normalisé.

Persistent des troubles du langage avec au premier plan : paragrammatisme au sens de Kleist, et discrète intoxication par le mot.

Aspects psychométriques.

Neuf mois après le traumatisme, le test de Wechsler-Bellevue, fait apparaître une récupération sur les épreuves exécutées cinq mois auparavant, mais le Q.i. est toujours très bas (40), et l'affaiblissement encore important si l'on songe au niveau antérieur donné par la fiche B. D. M. (supérieur à la moyenne aux épreuves de facteur G, moyen sous l'angle verbal). Il y a également une récupération de deux points au test de Benton qui est qualitativement meilleur quoique comportant encore des erreurs de type « organique ».

Trois années plus tard, on constate toujours à ce test une persévération caractéristique et une différence significative de 4 points à la forme C du Benton comportant un aspect moteur. La figure de Rey souligne le mauvais graphique et la perte de l'appréhension globale normale (type IV).

A ce stade, dans le test du Wechsler-Bellevue ce qui frappe dans ce cas, c'est la supériorité des épreuves de performance sur les épreuves verbales. Il y a troubles persistants du langage parlé, avec mauvaise compréhension, difficultés de dénomination, dysmnésie, explication tautologique : « il faut passer devant le maire pour se marier parce que, il faut d'abord passer au maire pour être marié », intoxication par le mot. L'échec aux « similitudes » qui est total s'oppose au résultat moyen au Kohs. Le déficit paraît plus instrumental que profond mais on ne peut l'affirmer.

En conclusion : Quatre ans après le traumatisme, le sujet se présente avec un Q.I. verbal proche de la débilité, et un Q. I. performance moyen. La réinsertion pratique de ce sujet sera facilitée, mais les communications verbales et sociales compromises. C'est ce que souligne la pauvreté du test de Rorschach avec sept signes d'organicité sur dix signes de Piotrowsky, une absence totale de tonalités dans un contexte d'inhibition anxieuse.

C. — *EXPOSÉ DES CAS DANS LE SENS QUE PREND POUR
LE BLESSÉ, SON TRAUMATISME ET SES SUITES.*

Les observations précédentes nous apprennent les faits brutaux concernant les blessés cranio-cérébraux que nous avons suivis, les circonstances de leur blessure et ses suites. Elles ne tiennent pas compte du sens-pour-le-sujet de ces faits. Et c'est cela que nous voulons rapporter maintenant tel que les blessés nous l'ont eux-mêmes exprimé (1). Nous ferons suivre chacun des exposés des cas de quelques commentaires. Puis nous dégagerons, pour l'ensemble les points importants que cela fait apparaître.

OBSERVATION N° 1. — Alain D...

« Ma blessure, je ne m'en souviens pas mais c'est normal vous savez, une grenade, on ne la voit pas arriver... C'est une histoire que je n'aime pas bien raconter.

« Quand je me suis réveillé, ma mère était là. J'ai eu conscience tout de suite que j'étais paralysé, j'avais mal partout et très mal à la tête. Alors... je me suis assoupi.

« Au début, on me faisait espérer que je pourrais tout récupérer. Ça a été bien pour ma jambe et ma bouche, mais pour mon bras, rien à faire. J'ai pensé que, puisque mon bras de toute façon était mort, il valait mieux me l'enlever. Les chirurgiens ne voulaient pas. On me faisait des massages, cela ne faisait rien — quand je pense que j'avais fait de la boxe — ça me donne envie de leur taper dessus des fois.

« Je suis devenu indifférent à tout. Quand ça a fait un an, j'ai pensé à me suicider. Mon frère avait retiré les balles de mon revolver. Alors... Vous ne vouliez pas que j'absorbe banalement du gardénal ... Maintenant ça peut revenir ... (sourire, pause) c'est une galéjade. »

COMMENTAIRES :

Les circonstances de la blessure ne semblent pas avoir de contexte émotionnel particulier, en tout cas il n'est pas verbalisé. De manière générale d'ailleurs le sujet est réticent à évoquer cette histoire qu'« il n'aime pas bien ». Il semble hésiter à en réveiller le côté douloureux. Il sera ainsi très fermé. Notre attitude

(1) Nous avons cru de bon conserver ici les propos mêmes du malade dans leur forme propre. Cela nous a été dicté par le souci de donner un reflet de la dynamique d'entretien et de décrire au plus près ce sens pour le blessé.

interrogative semble d'ailleurs avoir été vécue sur un mode agressif qui se libère au moment de tension qu'est l'évocation de la conduite suicidaire.

L'agressivité chez lui est manifeste, à l'égard d'autrui comme de lui-même.

On sait combien le déficit moteur brachial n'est pas accepté chez ce sujet qui a toujours cherché à se valoriser. On discerne, dès la sortie du coma, une prise de conscience de sa paralysie, symptôme dans lequel il voudra bientôt résumer pour autrui toute son atteinte.

Dans l'assoupissement qui suit la prise de conscience, à la sortie du coma, on peut discerner une fuite de la réalité douloureuse et un apaisement s'inscrivant comme dans une dépendance régressive en la présence de la mère.

On voit, que de plus, cette personnalité s'inscrit encore nettement dans son éducation de tradition à la fois noble et militaire. Elle préfère le suicide à une déchéance, et, dans le suicide, un mode « viril » (balle dans la tête) à une modalité de faiblesse.

OBSERVATION N° 2. — Philippe B...

« Mon accident, c'est toute une histoire compliquée et sordide. A vous je peux le dire. Pendant la semaine qui l'a précédée, à plusieurs reprises des coups de téléphone anonymes m'ont sommé de livrer les armes de mon poste, j'ai raccroché chaque fois. Je me sentais traqué. Le jour de l'accident j'allais en référer à mon chef direct. J'étais en camion à côté du chauffeur. Je me souviens que le camion a brusquement quitté la route. Je suis presque certain qu'il y a eu des coups de feu. Je pense que c'était une embuscade. Dans le rapport, ils disent que c'est un accident de véhicule, c'est tout. Enfin ! j'aime mieux ne pas savoir.

« Quand je suis revenu à moi, j'ai bien étonné tout le monde. Il y avait, à mon chevet, une institutrice que j'avais connue là-bas, avant. Je lui ai dit : si nous reprenions la conversation où nous l'avons laissée, c'est-à-dire, sur les rapports de la philosophie chrétienne et marxiste. Je m'en souviens très bien, elle n'a pas su quoi me répondre. Et ce qui est plus drôle encore, c'est qu'on m'a dit que quelques heures après, alors que mon père était là, j'étais de nouveau dans le coma.

« Après je ne me souviens pas bien. Les infirmières me faisaient lire le journal, et je lisais mal, paraît-il. Ma tante m'a dit qu'à ce moment là j'avais cinq ans d'âge. Ça me paraît faux car à cet âge-là, je savais déjà lire et écrire. J'ai compris bien des choses grâce à mon journal intime et aux photographies. Mais je ne me suis pas aperçu tout de suite que j'avais le bras paralysé. Il m'a fallu

attendre qu'on enlève mes bandages. J'ai voulu voir si je n'avais pas oublié mes poèmes préférés, et je m'entraînais à en apprendre d'autres ».

COMMENTAIRES :

On voit combien, ici, dans la manière d'interpréter les circonstances de son accident, le sujet extériorise, sans qu'il soit possible de l'affirmer, certains traits de caractère. Dans son besoin de ne se rendre qu'à l'évidence, on perçoit un processus de défense contre la mutilation intellectuelle (mode de relation à l'entourage sur le plan de la discussion philosophique) et physique (refus de l'évidence d'une parésie d'un membre supérieur).

On notera aussi la « scotomisation » du temps vécu et l'essai de reconstruction par le dialogue (donc déjà social) directement à partir du souvenir de la relation sociale antérieure au traumatisme.

La phase confusionnelle est presque éludée car il n'est pas possible « que je n'ai pas su lire ».

OBSERVATION N° 3. — Bernard T...

« Ma blessure, je ne sais plus bien comment ça s'est passé exactement, je ne sais plus dire si c'est un vrai souvenir, ou si on me l'a dit mais, j'ai été blessé trois fois dans cet engagement. D'abord, ça été à la cuisse et à l'épaule. Mais je ne pouvais pas lâcher mes hommes, puis ça a du être la tête. Il y a pas longtemps, c'est curieux, il m'est revenu un souvenir précis. Un type à côté de moi criait qu'on était foutus, comme fou. Je l'ai fait taire. C'est sans doute bon signe s'il me revient des souvenirs.

« Je ne me rappelle pas bien ma sortie de coma. On m'a dit que j'en suis sorti pour manger et dire des grossièretés, ça me gêne, mais une infirmière m'a dit que c'était normal.

« Pour moi, il y a un trou entre mon accident et le moment où j'ai retrouvé la vue. Je ne vois que vaguement cette période avant de voir, j'étais dans un état... je ne comprenais pas ce qui se passait. Un jour, si, je me souviens, j'ai dit à ma mère : comment se fait-il que je ne te vois pas ? Ce n'est rien, m'a-t-elle dit, les médecins pensent que ça reviendra. Je ne savais pas exactement ce qui était l'ombre et la lumière.

« Ma première image, c'est ma mère. On y croit, on n'y croit pas, on est suffoqué, c'est pas possible, je crois que ça m'a donné un choc au point de vue cérébral. Le choc a été le fait de la lumière elle-même. J'ai eu très peur que ça ne tienne pas, j'ai voulu

voir un docteur tout de suite. Après je ne pensais qu'à ma vue, c'était primordial. *La vue c'est la vie.*

« La première fois que je suis sorti tout seul à pied, j'étais en colère, j'en avais marre d'avoir toujours quelqu'un collé à mes bottes. Le docteur avait fini par me donner l'autorisation. J'ai été faire un tour, et ne sachant où aller je suis rentré. Mais le fait de sortir du Val était pour moi la première pierre d'une construction.

« Ma première sortie avec mon père, je suis allé chez moi, j'ai regardé toutes mes affaires, j'ai fait un bilan. J'ai eu un sentiment de connu. J'étais surpris par le bruit, la musique, les voitures. »

COMMENTAIRES :

Ainsi, lui aussi ne savait plus exactement comment ça s'était passé.

On voit apparaître le vécu pénible des conduites boulimiques et agressives de la phase confusionnelle. Le souvenir évoqué en est bref, comme évité, et sous tendu d'une anxiété importante. On voit se dessiner combien un symptôme : la cécité corticale, peut être vécu avant qu'en soit faite une prise de conscience, et comment à l'issue de cette prise de conscience ce signe peut résumer à lui seul, pour le blessé, toute son affection (alors qu'il est pour nous, porteur en outre d'un syndrome bipariétal et d'une hémiplegie) et combien tout le sens de la vie peut y être suspendu.

Le blessé marque aussi l'importance des bilans qu'il fait sur son histoire. On voit aussi combien le milieu hospitalier peut apparaître trop directif au blessé qui n'a pas encore réalisé la difficulté qu'il pourrait rencontrer dans un autre milieu.

OBSERVATION N° 4. — Pierre C... (2)

« Quand j'étais pour partir à l'armée, (sic) au mois de novembre, on m'appelle d'aller à Istres dans l'aviation. Je peux donc dire, je dois dire la vérité, quand j'ai passé les trois jours à Cambrai, ils nous avaient demandé dans quoi on aurait voulu être. J'ai demandé plusieurs choses, mais en premier l'aviation, car il y avait une base près de chez moi. Mais quand ils m'ont appelé dans l'aviation à Istres, ça m'a rien fait. A Istres on faisait un peu de tout. Ils me renvoient quelques jours chez moi, et je suis revenu, et le 14 janvier, un avion était tombé, je vous le dis parce qu'on

(2) Nous avions pensé corriger le style de C... pour faciliter la lecture. Nous nous sommes résolus toutefois à le reproduire intégralement pour donner un reflet plus fidèle de ses troubles phasiques et du cheminement de sa pensée.

me l'a dit. L'avion était chaud, quand l'avion était sec, nous a fait monter plusieurs soldats pour enlever quelques pièces de l'avion, mais avant d'arriver à l'avion, le chauffeur du camion est rentré dans un arbre. L'camion arrêté sec et moi j'ai tombé à terre, j'ai tombé juste sur la tête. Alors j'étais tombé dans le coma, je ne sais plus rien. On m'a conduit à Salon. J'y suis allé depuis, on m'a reconnu, on m'a montré ma chambre, je ne l'ai pas reconnue, j'ai dit c'est vrai parce que mon père l'a connue. Je devais partir sur Marseille, mais on a insisté pour Paris, je suis venu par avion, j'ai pas connu. D'ici, en bas, j'ai pas connu, je suis allé à l'isolement, je me souviens pas. Quand j'y vais on me reconnaît, j'étais très méchant. Ils disent je faisais au lit, je prenais tout dans mes mains, et je jetais sur les murs, ils disent qu'ils se fâchaient après moi. Mais ils ne m'en veulent pas, ils me disent : Pierrot on t'aime bien. Il y avait un médecin qui me fait peur. L'autre, c'est pas pareil. Je disais tant pis, qu'il me soigne un point c'est tout, je faisais ce qu'il disait.

« Ensuite, y m'ont conduit pour l'œil droit, l'œil était du côté du nez, je lisais de biais, pas droit. Y m'ont mis des lunettes, le verre droit brouillé et gauche ordinaire. Quelques mois après, j'ai repassé pour les yeux. L'œil était remis mieux, alors j'enlevai les lunettes.

« Je descendais avec les amis qui étaient dans la chambre, on descendait ensemble se promener au jardin et on allait au foyer. Mes parents venaient me voir le dimanche, je sortais avec eux, et le jeudi ma mère venait me voir. Quand j'ai été un peu mieux, le docteur m'a envoyé quelques jours chez moi, m'a fait ça plusieurs fois pour voir si j'aurai changé. Il m'a envoyé deux mois, trois mois chez moi, en été 62 plus longtemps et je suis revenu et m'a recommencé tout ce qu'il faisait avant pour voir la différence et fin 62, je suis reparti chez moi six mois. Je suis revenu passer l'examen tout était fini et y m'a renvoyé chez moi, et y m'a rappelé de revenir le 27 septembre.

« Ici, la première visite, le docteur X m'a vu, il m'a dit que j'avais bien changé, que j'étais beaucoup mieux ainsi que le docteur Y qui s'occupe de moi pour les tests et je suis bien heureux que je suis beaucoup mieux.

« J'ai pas dit que j'avais eu en permission, chez moi, la méningite. On m'a conduit à Lille à l'hôpital, je croyais que j'étais au Val-de-Grâce, j'étais encore dans le presque coma. Je n'ai pas connu là-bas quand ils ont vu que j'allais un peu mieux, ils m'ont renvoyé chez moi.

« Après mon accident, au début, je ne sais pas, mais dans mon idée je me croyais encore soldat et je disais on est tranquille. On ne faisait rien, on a rien à faire, j'ai pensé qu'à ça. Au début mes parents venaient me voir, je les connaissais pas, je parlais

avec eux mais le lendemain je ne savais plus ce qu'on avait dit. Ils me parlaient de la maison, ce qu'il faisaient, et le lendemain je ne savais plus ce qu'ils m'avaient dit. Quand j'ai bien compris ce qu'ils disaient sur mon accident, ça m'a un peu touché parce qu'ils m'avaient dit que j'avais manqué d'avoir fini de mourir, quoi ! C'est là que j'ai compris pourquoi qu'ils me soignaient. Ils m'ont tellement bien soigné, qu'ils m'ont sauvé.

« Avant ça, ce qu'ils faisaient et puis rien, je disais c'est la même chose, je pensais : ils s'amuse sur moi avant de comprendre. Je souffrais, mais je ne pensais pas pourquoi j'avais mal, tout ça. Quand j'ai compris pourquoi, je savais qu'ils voulaient me guérir, car je savais que j'étais blessé. Ça m'a bien touché parce que on m'avait dit que j'étais dans le coma pendant tant de temps, alors j'ai jamais compris comment j'étais sorti de ça. Je disais vraiment que j'étais bien malade que j'avais besoin d'être soigné, j'avais beaucoup maigri. Alors, c'est là que j'ai vraiment pensé que j'étais bien blessé.

« D'abord je disais que c'était pas vrai, j'ai pas vu, mais quand je mangeais plus, j'ai compris que j'avais bien maigri. Puis quand j'allais mieux on m'expliquait : tu as été dans le coma, tu ne bougeais plus. Quand on me mettait du sérum je demandais pourquoi j'avais des cicatrices là. Six mois après j'ai commencé à grossir un petit peu quand j'ai mangé un peu mieux. En trois ans j'avais repris le poids avant l'accident, j'ai pensé de façon qu'on m'avait bien soigné

« Ma mère connaissait une dame dont son mari était garagiste à Salon, quand elle a su que j'étais blessé, elle est venue me voir. Alors avec mon père, l'an dernier en 62, nous avons été chez eux. Ils m'ont montré l'arbre où j'ai eu l'accident. Quand je l'ai vu, ça m'a vraiment pas ... j'aurai pas cru que c'était l'endroit. Ils m'ont montré l'endroit où je suis tombé à terre. Sur le coup je l'ai vu tout de suite, ça m'a choqué, ça m'est revenu quand ils m'ont montré la base où on était, en revoyant le terrain ça m'est revenu que j'étais soldat là et, de loin, j'ai bien vu la base. En passant en face de la base, nous avons arrêté et de loin, j'ai retrouvé la chambre où est ce que j'étais. *J'ai commencé à mieux y croire*, en voyant quelque chose, quoi, je dis exact quoi, je reconnais tout. Parce que, on peut parler de quelqu'un, on me dit son nom, je dis je connais pas, mais en le voyant là, je reconnais. Parce que vous savez on me dit un tel, un tel, *mais maintenant ça va mieux*, je dis ah ! oui ; mais ici par exemple, ceux que j'ai vu à partir de 60, ceux qui se sont occupés de moi, et bien je les reconnais bien et *le nom me vient*. Maintenant, celui que je rencontre maintenant alors je les reconnais bien.

« Cette visite à Salon m'a fait que tout de suite, j'ai dit oui c'est vrai, j'ai été ici maintenant ça me vient en tête, avant non. On avait beau me dire la base, elle est comme ci, comme ça, je disais c'est des murs, mais maintenant ça me tient en tête. »

COMMENTAIRES :

Dans son souci de bien « tout dire la vérité », ce sujet nous fait un exposé riche de sa blessure et de ses suites. On l'y trouve aux prises avec son amnésie lacunaire portant sur les circonstances de la blessure. La difficulté qu'il y a maintenant pour lui de savoir si c'est un vrai souvenir ou bien si on le lui a dit. Son manque de prise de conscience à sa sortie de coma et son incompréhension du milieu hospitalier. Son incrédulité devant le récit qu'on lui fait, le retour aux lieux-mêmes qui le lui fait admettre. Il ne paraît pas affecté par ses conduites de la phase confusionnelle car il n'en a aucun souvenir, et ça lui a été rapporté comme lointain et passé par des gens qui paraissent bienveillants à son égard, et contents de le revoir. Il s'est bien aperçu que son œil droit était « du côté du nez », mais il n'a pas pris conscience de ses troubles phasiques.

Il a une notion globale d'avoir été très malade puisque les médecins lui ont dit qu'il revenait de loin, et qu'ils se sont très bien occupés de lui pendant quatre ans, puisqu'ils le soignent encore. Alors il s'en remet à eux pour savoir s'il est malade ou s'il va mieux.

*
* *

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX :

Si maintenant on envisage dans leur ensemble ces quatre cas, ils nous montrent un certain nombre de points importants à préciser dans une approche des B. C. C. à la phase des suites immédiates, mais aussi plus tardivement, si l'on veut ne pas s'en tenir seulement à l'inventaire des déficits instrumentaux.

On voit tout d'abord que les circonstances de la blessure peuvent, aux yeux du blessé, prendre un sens qui oriente sa conception de cette blessure.

On voit combien, pour certains (N° 1 et N° 2) cette conception est conditionnée par les traits caractériels de la personnalité antérieure (à ce sujet un de nos blessés dont l'observation ne sera pas rapportée ici en entier, légionnaire baroudeur, n'admettait pas qu'il ait pu être blessé autrement qu'au combat, alors que cela s'était produit au cours d'une permission, lors d'un accident de véhicule).

On voit que, dès la sortie de coma, les blessés peuvent, pour certains, faire des prises de conscience globales de leur état, pour d'autres ne réaliser en aucune façon ce qui leur arrive.

Ces récits mettent en évidence la portée des troubles mnésiques dans la connaissance de son affection par le blessé. Ils font déjà apparaître le rôle prépondérant d'autrui, dans le sens qu'il peut modeler pour la conscience des blessés, en leur

proposant ses propres interprétations pour meubler leurs lacunes mnésiques.

On perçoit notamment combien la phase confusionnelle peut laisser subsister des îlots mnésiques différents. Et selon que les souvenirs en sont vraiment vécus, ou au contraire seulement rapportés, l'écho affectif en apparaît très différent.

Il nous semble intéressant de souligner aussi combien dans ce sens-pour-le-blessé, son état peut être vécu comme une affection globale sans substratum particulier, ou bien au contraire, être circonscrite à un déficit bien particulier.

CHAPITRE III

Dans le chapitre précédent nous avons rapporté l'histoire de la blessure et de ses suites immédiates pour chacun de nos cas de B. C. C.

Nous avons d'abord défini leurs aspects dans les investigations cliniques, paracliniques, et psychométriques. Puis nous avons dégagé la manière originale dont les blessés les perçoivent.

Nous voudrions dégager maintenant, comment, quand les séquelles de leur blessure ont pris l'aspect d'un déficit fixé (phase séquellaire), les blessés les perçoivent et les vivent.

Nous nous attacherons ainsi à discerner comment ce déficit « s'inscrit » dans un comportement et engage l'originalité de la relation à autrui du blessé C.C. En pratique nous préciserons d'abord ce que l'on entend par phase séquellaire et personnalité post-traumatique.

Nous discuterons ensuite la relation sociale propre à chacun de nos cas en fonction de la place qu'y prennent leurs déficits.

*
* *

Ce qu'on entend par phase séquellaire.

On admet, actuellement, le terme de maladie post-traumatique pour désigner cet état chronique où, l'évolution des lésions initiales et l'installation des séquelles post-traumatiques se chevauchent.

L'évolution des lésions initiales et de leurs complications constitue la période thérapeutique proprement dite. Avec la fin apparente de la période de récupération naît la notion de déficit fixé et de phase séquellaire.

Ainsi quand nous parlons de phase séquellaire nous envisageons cette période définie au-delà de la phase comateuse et des phases d'encéphalopathie aiguë et suraiguë post-traumatique (1), caractérisant l'évolution clinique des blessures cranio-cérébrales. On peut admettre alors que les séquelles de leur blessure ne nécessitent plus de soins permanents en milieu hospitalier. Elles ont désormais une allure fixée. Le blessé les a définies, globalement ou partiellement, dans une notion déficitaire par rapport à son état prétraumatique. Et, s'il a déjà vécu ce déficit en milieu hospitalier ou familial, il ne l'a pas encore vécu dans un milieu social où il ne soit pas d'emblée considéré avec l'attitude de ménagement qu'on réserve à un blessé ou à un malade.

(1) Au sens de DE MORSIER.

Cette phase inaugure donc la « résocialisation » progressive du blessé. Et dans les difficultés qu'elle lui oppose, ce dernier aura bien souvent encore besoin de l'assistance du médecin.

C'est à l'occasion de ce débat des blessés avec leur déficit dans leur nouvelle relation sociale que nous avons abordé nos cas de B. C. C.

De la personnalité post-traumatique.

Un B. C. C., quand il sort du coma s'engage au monde selon son corps habituel : c'est en ce sens qu'il se lève de son lit pour aller boire, et qu'il tombe, parce qu'il ne se sait pas encore hémiplégique. Sa chute, en tant qu'échec d'une conduite qui était possible dans son corps habituel, le fait s'interroger sur son corps actuel et du même coup lui fait prendre conscience de son hémiplegie en terme de conduite possible ou non.

(Dans l'exemple : je ne peux plus marcher, je suis donc paralysé).

Ainsi, un de nos blessés, reconnaît la présence de sa mère, converse avec elle pendant plusieurs jours. Il se sait déjà hémiplégique mais ne se sait pas aveugle. Puis il interroge brutalement : « Comment se fait-il que je ne te vois pas ? ».

Le débat peut se suivre dans les mots suivants :

— Puisque tu es là, près de moi, mon corps habituel peut te voir. Si je ne te vois pas, mon corps actuel est donc aveugle. Et je suis actuellement paralysé et aveugle !

Il apparaît ainsi, qu'en termes de conduites permises par le corps habituel et désormais irréalisables, s'identifie peu à peu le corps actuel. On perçoit que ce corps actuel n'est pas unifié d'emblée. Il est d'abord vécu comme un corps habituel démembré où certaines parties (responsables de conduites) se sont isolées dans le sens d'un manque, et où d'autres ont pris, par contre coup des positions privilégiées.

Par exemple : j'ai su d'abord que j'étais paralysé, puis j'ai compris que j'étais aveugle, maintenant j'apprend que ce qui m'est arrivé tout à l'heure c'est une crise d'épilepsie. Plus tard, ce même blessé voudra écrire et découvrira qu'il ne le peut plus, etc.

Il est frappant de constater, qu'avant cette identification unifiée du corps actuel (et cela surtout au moment de la phase

confusionnelle), les blessés ne semblent parfois plus se percevoir comme centre et principe de ce qu'ils font ou de ce qu'ils ressentent. Parfois, ils assistent aux manifestations de leurs fonctions, de leurs activités, sans parvenir à se les coordonner ni à se les approprier.

Ils vivent ce corps fragmenté dans un perpétuel malaise anxiogène.

Il n'en est pas de même d'un sujet qui s'éveille d'un coma barbiturique par exemple. Quand il veut parler aux gens penchés sur lui et qu'il ne le peut pas, il prend conscience lui aussi d'un corps habituel amputé de la parole, certes, mais son malaise sera résolu quand il apprendra que s'il ne peut plus parler, c'est parce qu'on lui a pratiqué une trachéotomie et que dans quelques jours seulement il pourra de nouveau parler. Il sera de nouveau identifié à son corps habituel.

D'autre part, si les blessés des membres par exemple, conservent toute possibilité de comprendre et d'intégrer leur corps nouveau par une opération intellectuelle et sensori-motrice adaptée, il n'en est pas de même des B. C. C. Pour eux, en effet, c'est bien souvent cette possibilité de synthèse qui est atteinte partiellement ou globalement à travers la blessure cérébrale.

Et alors que la plupart des handicapés sont capables de s'expliquer et d'expliquer à autrui leur handicap, les B. C. C. ne le circonscrivent parfois que difficilement et le définissent mal à autrui.

Plus flagrante encore est cette impossibilité d'extérioriser pour autrui ce déficit chez les traumatisés crâniens fermés dont la blessure n'est pas visible du dehors. Et le syndrome subjectif commun pourrait peut être se laisser comprendre en partie comme « signifié » d'un « signifiant » difficile à justifier aux yeux d'autrui incrédule.

Pour le blessé crânien l'identification au corps habituel, suspendue au problème de la récupération, reste toujours hypothétique mais faussement probable.

Ainsi, ce corps actuel est vécu dans l'espoir attaché au phénomène de récupération, comme un corps transitoire, s'acheminant vers un corps envisagé, futur, projeté (nous l'appellerons « Corps devenir »). Et la dialectique s'étend à ce dernier terme : mon corps actuel de B. C. C. ne rend compte ni de mon corps habituel ni de mon corps devenir, mais il m'engage dans un débat avec ces trois images.

En effet cela suscite des débats de ce type : « je n'y vois presque plus, mais j'entends bien mieux, et je me sers beaucoup de mes mains. En fait ma main gauche est paralysée et je ne reconnais plus rien avec elle, mais ma main droite est très forte pour

reconnaître les objets ; et puis j'y vois déjà un peu mieux, et peut être y verrai-je encore davantage ? Mon bras gauche est déjà plus adroit et je peux tenir debout, mais pas encore marcher seul car ma jambe gauche est trop faible. Avant, je faisais du rugby, maintenant je ne peux plus, mais quand on est sportif on récupère mieux. Peut être que je pourrai, un jour, jouer comme avant, peut être pas, mais quand on revient de là c'est déjà beau, n'est-ce pas » ?

Ainsi le B. C. C. apparaît engagé dans une démarche d'identification du corps actuel au corps habituel. Il s'essaie à réitérer les expériences de son corps habituel, et c'est dans le « ratage » de cette démarche que se définissent, pour lui, son corps actuel et la notion de son déficit, d'abord compris comme instrumental puis globalement saisi.

Cet échec a un écho affectif qui participe au vécu global du corps propre actuel et concrétise l'ambiance affective des prises de conscience du déficit.

Il semble, à suivre les étapes de la maladie traumatique, que les différents moments clinique, classiquement distingués, veulent rendre compte de ces stades comportementaux que le malade redécouvre en écho à ceux du corps habituel.

Il est frappant de voir chez ces B. C. C., des comportements qui rappellent ceux des divers âges de l'enfant et de constater une évolution de ces comportements qui rappellent, grossièrement et en raccourci, et sans qu'ils soient calqués sur ceux-ci, les stades comportementaux, repères de la maturation de l'homme, qu'il s'agisse de comportements oraux, sadique-anaux, phallique, etc. On est dès lors, tenté de voir là une démarche d'unification et d'identification du corps actuel qui poursuit son essai d'identification au corps habituel en en reprenant, pas à pas, les expériences originelles possibles.

Parfois, cette expérience d'unification peut se faire en un moment très court chez certains sujets si le déficit est d'emblée circonscrit. Mais, quand il est trop important pour ce faire, ou qu'il est très spécialisé, affectant un secteur déterminé du comportement, ou qu'il implique une angoisse considérable, cette démarche existentielle peut être très longue et très pénible, confinant le blessé à certains stades comportementaux vécus par lui comme privilégiés.

Il n'est pas improvable que ce même « ratage » d'identification ne participe à la confusion, et à la désorientation temporo-spatiale.

Ainsi, le B. C. C. prend d'abord conscience que son corps actuel ne peut plus se porter garant de son corps habituel. Car ce corps actuel lui apparaît alors fragmenté (comme « objet »), non encore résolu en une image unitaire.

Puis, peu à peu, sur l'assimilation de l'expérience vécue de ce corps dans son milieu physique et dans sa relation à autrui, va se fonder son unité en tant que mode d'engagement actuel et original au monde.

Et cela va nous permettre de comprendre ce que l'on entend par *personnalité post-traumatique*. Le terme est actuellement fréquemment employé avec des significations voisines quoique toujours mal précisées. Il fait directement allusion à l'incidence de la blessure cranio-cérébrale sur la personne, en tant que facteur susceptible de la déstructurer, de la faire évoluer vers une structure autre, originale.

Plus précisément, dans notre compréhension, l'histoire de sa blessure et de ses suites vient s'inscrire en tant qu'expérience vécue dans la « trajectoire » de la personnalité du B. C. C.

Sa maturation bio-neurologique a été remise en chantier et, « motricement », ses comportements conditionnés d'une manière originale. Mais elle a du aussi reconsidérer ses problèmes de coexistence avec autrui.

Elle a intégré ses divers déficits dans une manière globale de les percevoir et de les vivre, sur un mode qui engage désormais l'originalité de sa relation à autrui.

C'est cette personnalité post-traumatique ainsi conçue dans sa relation sociale, à la phase séquentielle, que nous allons maintenant exposer pour chacun de nos cas.

Nous nous efforcerons chaque fois de saisir comment le déficit, tel que nous l'avons défini en pratique médicale, vient s'inscrire dans la relation sociale du blessé.

OBSERVATION N° 1. — *Alain D... et son déficit dans sa relation sociale.*

Nous avons vu que ce sujet apparaît détérioré de façon significative. Sa comitativité est assez mal équilibrée. Ses séquelles brachiales d'hémiplégie gauche réalisent une impotence fonctionnelle quasi complète pour ce bras. Il a de plus des crises de rires immotivés paroxystiques (qui ne semblent pas s'inscrire clairement dans un syndrome moriatique), et de discrets troubles phasiques moteurs.

Actuellement, il refuse de manière générale les considérations sociales de son déficit. Il ne veut pas utiliser sa carte de G. I. G. Il ne veut pas être pensionné définitivement mais continuer sa carrière dans l'Armée. Il y insiste à ce point que l'on pourra l'y insérer provisoirement dans une discipline technique où lui est

ménagée une liberté d'action assez grande. Il y doit cependant mener parallèlement une activité intellectuelle et manuelle. Et il éprouve des difficultés importantes dans ces deux directions. Pourtant, spontanément il n'évoque que celles occasionnées par sa parésie brachiale, et il n'aborde son handicap intellectuel qu'avec réticence : il avoue alors qu'il prend des notes, et ne se souvient pas les avoir écrites, il reconnaît pourtant son écriture. Il a très bien défini ses troubles comme fait d'une « incapacité de concentration et de retenir » (sic) qui paralysent son acquisivité. Les études qu'il poursuit dans cette école supérieure paraissent d'un niveau difficilement accessible. Mais le directeur de cette école connaissait cette réserve importante au moment de son admission. Il est resté en rapport avec le milieu médical, et ménage à D..., à son insu, une place privilégiée. De plus, son activité n'y a encore pas été sanctionnée par un examen.

L'épouse de D... est une très jeune femme, fille de haut fonctionnaire. Bien qu'elle l'ait épousé alors qu'il était déjà blessé depuis deux ans, elle semble attendre de lui une réussite professionnelle, en l'occurrence une carrière valorisante. Cela alimente le souci de D... de se réinsérer professionnellement plutôt que d'accepter une vie matériellement établie sur une pension.

Son déficit parétique brachial, et le symbole viril que D... y attachait, a, peu à peu, créé un conflit dans le couple où la relation sexuelle avait pris une très grande place, sur son initiative.

Les propos de D... portent à penser que d'une manière symbolique, cette monoplégie brachiale a été vécue comme une castration. Et son hyperactivité sexuelle s'inscrit dans une démarche de réassurance et d'affirmation virile de soi.

Mais depuis la reprise de ses études, D... est astreint à une activité intellectuelle considérable, et cela lui est source de surmenage. Il semble dès lors avoir vécu l'activité sexuelle comme paralysante de l'activité intellectuelle, et éprouvé le besoin, explicite ou non, de se soustraire à une sexualité devenue pénible. Il est actuellement impuissant. Et si cela se laisse interpréter par le contexte que nous venons de décrire, on peut y voir l'incidence plus directe de cette monoplégie, dans le sens qu'elle prend pour le blessé : « Quand je vois ma main morte sous la tête de ma femme cela m'inhibe ». On peut aussi y saisir un refus du partenaire : « Ma femme, c'est un sexe ambulant. Elle est très belle. Elle ne pense qu'à se promener, aller à la piscine, et faire garder son enfant pendant ce temps ». N'y a-t-il pas là une projection de lui-même ? Une approche de type analytique permettrait sans doute une compréhension plus profonde.

D... verbalise facilement le reproche qu'il fait à son épouse de ne pas avoir pris au sérieux son rôle de mère. Cet enfant était-il souhaité ? « Oui, ma femme savait que cela me ferait plaisir. Mais maintenant elle n'en veut plus avant 25 ans (elle en a 20),

et moi, ça me ferait plaisir ». Revenant sur la manière dont il se perçoit déficitaire, D... nous confie qu'il craint désormais que sa femme ne se détache de lui, et ne se tourne vers (il a employé le terme) un « homme fort ».

Dans ce couple, le déficit était au départ connu et accepté. Pourtant, si on l'envisage dans son aspect global, il permet de comprendre, au moins en partie, l'impuissance de D... et la dysharmonie du couple.

Nous voudrions maintenant cerner comment ses crises de rire paroxystiques s'inscrivent dans la relation sociale de D... Elles sont perçues et vécues par lui de manière très douloureuse, elles accusent un sentiment de dédoublement. Il en conçoit une crainte de la folie qu'il n'a jamais verbalisée clairement mais qui se laisse saisir à travers son anxiété.

Ces rires s'accusent dans les situations émotionnelles de toute intensité, et leur caractère discordant en est ainsi renforcé. Pour autrui, il y a là un signe d'emblée pathologique, d'ordre quasi démentiel. Ainsi, au lendemain d'une soirée, où il était invité en compagnie de sa femme, chez un de ses chefs directs, D... est venu demander un soutien en milieu hospitalier. Bien qu'ayant prévenu son chef, il n'avait cessé de rire aux moments les moins opportuns. Lui-même, sa femme et tous les invités en avaient été affectés.

Il y a là, dans ces rires immotivés, un déficit d'apparence anodin qui, on le voit, prend une importance considérable dans une relation sociale. Ce déficit en effet, est directement perçu par le blessé et son entourage comme un signe pathologique de la série de ceux de la démence.

Les troubles phasiques de D... sont actuellement très minimes et leur incidence pratiquement nulle dans ses comportements. Il en est de même de ses troubles de la stéréognosie.

Pour nous résumer, disons que par ses déficits instrumentaux, se laisse comprendre une partie de la personnalité post-traumatique de D... définie dans sa relation sociale actuelle.

Devant ses séquelles d'hémiplégie et sa détérioration, il se perçoit comme un homme faible dans ses forces physiques et intellectuelles. Il est soucieux d'annuler pour autrui son déficit. Et il tend à le résumer dans sa séquelle parétique qu'il ne peut soustraire à l'observation.

Actuellement ses déficits envisagés globalement ne lui permettent pas une relation sociale qui le satisfasse ; sa réinsertion professionnelle, même ménagée, est un demi-échec. Dans son couple même, l'harmonie est rompue. Et D... se réfugie dans un autisme douloureux.

La personnalité actuelle de D... s'inscrit donc dans sa personnalité habituelle où dominant des traits narcissiques responsables de sa sensibilité au succès d'ordre physique, érotique. Son comportement en public, brillant, superficiel, avant sa blessure, en réaction contre un milieu traditionnel où il s'adaptait, expliquait son choix de carrière et sa révolte actuelle devant ses conséquences dramatiques. Il se réassure très vite après sa blessure dans ce que nous pourrions appeler un « narcissisme retrouvé », satisfait par une union qui le valorise. Les limites que lui imposent actuellement son déficit sont mal acceptées dans ce contexte, et sont sources de comportements agressifs à l'égard d'autrui (son épouse) et de lui-même (idées destructives). Et s'il n'évoque pas ses sentiments à l'égard de son père, il semble l'impliquer en responsable de ce qui lui est arrivé.

Enfin, son attitude souligne à travers la valeur symbolique que l'individu donne à sa tête, le souci de se préserver en tant qu'être intelligent et individu responsable.

OBSERVATION N° 2. — *Philippe B... et son déficit dans sa relation sociale.*

Nous avons vu qu'il présente, outre une monoplégie complète du membre supérieur gauche (par atteinte du plexus brachial), de très fortes probabilités de détérioration.

Nous avons dit aussi qu'il s'agit d'un intellectuel dont l'immaturité paraît s'inscrire dans une structure hystérique. C'est encore, et surtout, comme intellectuel qu'il se définit, préoccupé de ses manques en ce domaine, plus que de sa monoplégie. Il se promène ostensiblement le bras en écharpe, soucieux d'y résumer pour autrui son déficit. Bien que cette lésion, à ses dires, ne le gêne pas. Il ira jusqu'à dire, heureux de son effet, que ce bras sort complètement de son schéma corporel. Ainsi, s'il annule ce déficit pour lui et pour les médecins qui le connaissent, il est soucieux d'en faire son seul déficit aux yeux d'autrui.

Dans le domaine intellectuel, il a commencé très tôt une démarche fébrile de réassurance pour lui. Il semble qu'à travers elle, il ait pris conscience de ses troubles, mais tout son comportement tend à les dissimuler à autrui. Il paraît avoir une activité intense. Il s'est inscrit en Sorbonne, mais ayant appris la difficulté à y suivre les cours, il n'a jamais essayé d'y assister.

Pourtant, il est très anxieux des résultats des tests qu'il passe dans le service. Et quand on lui dit de se ménager, il nous apprend, avec réticence, qu'il le faisait déjà, qu'il s'était aperçu depuis longtemps de ses difficultés de « concentration » de son

manque de confiance en sa mémoire : « Je note, c'est devenu un réflexe ». « J'ai toujours une aussi bonne compréhension des textes... mais je suis peut-être plus lent, je fatigue plus vite ».

Et, derrière le prétexte qu'il donne de son refus d'assister à des cours, perce la prise de conscience d'une incapacité actuelle à les suivre.

On voit donc, qu'autour des déficits précis, ce blessé s'engage dans des comportements qui falsifient pour autrui, le sens qu'il leur donne réellement. Il exhibe une lésion brachiale qui ne l'affecte que partiellement. Il dissimule une détérioration dont il a fait une prise de conscience dramatique.

De plus, son déficit, de manière globale, s'inscrit dans la quête affective qu'il poursuit depuis son enfance. Parti au service militaire pour fuir un milieu familial où il se sentait étranger, il pensait à son retour, qu'on l'y accueillerait « de manière différente », avec sa « blessure pour la France ». Il y trouva un père « avec qui, dit-il, je parlai d'égal à égal » ; une belle-mère qui réservait exclusivement son affection maternelle au fils qu'elle avait d'un premier mariage. Il semble, à travers ses propos, que sa demande affective ait été très vite repoussée. Il se sent donc une nouvelle fois rejeté de son milieu familial. C'est dans ce contexte qu'il eut plusieurs accès de sensations vertigineuses (il ne s'agit pas de vertiges vrais, il n'y a pas eu de perte de connaissance) qui le firent se réfugier en milieu hospitalier, où ces manifestations neuro-végétatives cessèrent complètement et spontanément.

Il décida alors la rupture complète avec sa famille. Puis dans une phase d'allure hypomaniaque, avec besoin d'affirmation de soi, d'euphorie et de familiarité, il découvrit « l'âme sœur » (sic), et la relation thérapeutique fut alors reprise en compte, apparemment, par cette jeune fille qu'il vient d'épouser, car il n'a plus, depuis, sollicité de soutien médical.

Retenons à propos de ce cas combien la personnalité post-traumatique peut se laisser comprendre par certains traits de caractère propres à la personnalité pré-traumatique. En l'occurrence, la falsification du réel chez un immature à structure hystéroïde, et qui se perçoit comme intellectuel. On voit aussi que le blessé crânien, même s'il perçoit ses déficits de manière précise, peut les vivre sur un monde global qui vise à les annuler pour autrui.

OBSERVATION N° 3. — *Bernard T... et son déficit dans sa relation sociale.*

Rappelons d'abord que la blessure cérébrale de ce sujet est responsable d'un syndrome anatomo-clinique riche et complexe. Dans un inventaire atomistique, ses déficits peuvent se définir actuellement comme suit :

— Il présente un syndrome de Gerstmann avec agnosie digitale et auto-topo-agnosie partielle, indistinction droite-gauche sur l'observateur et sur un mannequin, troubles associés à une agraphie et une acalculie.

— Des séquelles dans le domaine des gnosies spatiales :

— avec, au premier plan, des troubles portants sur les relations topographiques ;

— un *syndrome de Balint* avec paralysie psychique du regard, discrète ataxie optique et troubles de l'attention visuelle surtout marqués pour le côté droit.

— Une agnosie tactile primaire pour la main droite.

— Des troubles phasiques mixtes minimes, surtout faits d'aphasie amnésique et de discrète intoxication par le mot.

— Des troubles praxiques faits surtout d'une apraxie visuo-constructive (avec phénomène de closing-in). Il s'y ajoute une discrète apraxie idéo-motrice et une apraxie de l'habillage, consistant en une désautomatisation de l'habillage.

Nous avons vu à travers les investigations psychométriques, que ce sujet apparaît très détérioré.

Sa comitialité post-traumatique est, de plus, mal équilibrée malgré une thérapeutique massive. Son hémiparésie droite est très discrète.

On conçoit mal d'emblée quel peut-être, à travers des déficits aussi importants et variés, le monde original de ce blessé. De fait, son activité actuelle se résume presque exclusivement à des préoccupations de vie végétative. Il vit au milieu de ses parents d'une manière « oisive » : « le matin je me lève tard, je prends le petit déjeuner, et puis... j'attends le déjeuner. Je lis les titres des journaux sportifs. Je regarde les émissions de la télévision ». Il est très prolixe dans une critique de la télévision, en fait, un contact avec sa mère nous a permis de savoir qu'il reprenait en compte les théories de celle-ci (cela s'inscrit dans le cadre de sa façade verbale).

Il cherche à présenter une activité intense : « je fais installer dans mon appartement le téléphone, ça va très vite grâce aux G. I. G. », mais à plusieurs semaines d'intervalle, il nous rapportera la même préoccupation comme actuelle.

Il évoque des relations faciles « les gens que je connaissais, sont au courant de mon histoire, par conséquent ça ne me gêne pas ». Mais il n'a pas, à proprement parler, noué de relations

nouvelles. Puis réalise qu'en fait il ne sort que « très peu », et rarement sur une initiative personnelle : « J'ai surtout deux bons camarades de club, ils viennent me chercher souvent ».

De plus, « il y en a un qui est étudiant en médecine, il comprend bien mon problème ». A ces réunions de club, il assiste, mais ne participe pas pleinement : « Au bridge, avant j'ai fait des tournois, maintenant je pourrais juste faire un petit quatrième et encore ». « Il n'est plus question de faire du sport, ça c'est une chose qui est rayée ». Un jour qu'il assistait à une démonstration de gymnastique, il a brutalement verbalisé sa prise de conscience « Ça, avant, je le faisais, moi, c'est pas malin ».

Il est conscient de sa tendance à dissimuler ses déficits : « Pour mon écriture, j'ai pensé à dire que j'avais une entorse, mais ça me sert à rien de cacher ». Pourtant il porte son bracelet-montre et le remonte régulièrement, et si on lui demande l'heure, il le regardera comme s'il le consultait, le portera à son oreille le regardera de nouveau, puis décrètera que « c'est encore arrêté ». En fait, il ne sait plus lire l'heure. Sa notion de temps en est ainsi troublée, et lui impose un rythme de vie particulier. Quand il a un rendez-vous, toute sa journée en est préoccupée : « Est-ce que je ne laisserai pas passer l'heure, aujourd'hui, je dois voir le docteur ».

De même son agnosie spatiale conditionne un comportement propre : il vient à la consultation en taxi, il ne se déplace qu'en taxi. « Je me suis d'ailleurs toujours déplacé comme cela », puis, après de longues réticences, « en métro c'est trop difficile, j'aurai sans doute à changer de station plusieurs fois... et ça m'est difficile de me repérer. Il n'y a pas longtemps à côté de chez moi pourtant, je suis parti, j'étais désorienté, enfin je me suis retrouvé, j'étais mécontent cela m'a demandé des heures ».

La verbalisation de cette prise de conscience de ne pas pouvoir « se repérer » lui est douloureuse. Il perçoit que « de parler de tout ça, ça fait à la fois du bien et du mal ».

Cette agnosie spatiale lui avait déjà fait rencontrer des difficultés au cours de son séjour hospitalier pour retrouver sa chambre ou le bureau de tel médecin. De même à ses premières sorties, il prit conscience brutalement de ne plus pouvoir utiliser le métro alors qu'il avait été élevé à Paris. Actuellement, son espace n'est plus mesuré, ni structuré. « Vous savez, pour moi, les distances, c'est des unités de taxi ».

Pour affirmer qu'à côté de la cécité corticale dans sa forme séquellaire, il existait cette agnosie spatiale, nous avons été amené à lui faire passer les tests cliniques (proposés par Ajuriaguerra et Hecaen dans leur « Cortex Cérébral » et leur « Grandes activités du lobe occipital »). Cette nouvelle situation d'épreuve de son déficit que nous lui propositions fut également anxiogène comme

nous le redoutions. De même la mise en évidence de son astérognosie avait été une redécouverte pénible, fort heureusement tempérée par la compréhension que « au fond, les yeux ouverts, ça n'existe plus » (ce qui le renforçait encore dans sa conception primordiale de la vue comme symbole de vie).

Sa main pariétale a longtemps expliqué, pour lui, ses troubles praxiques. Mais, actuellement, il pense que « ça viendrait plutôt, de plus haut ». Comme d'ailleurs les crises qui « commencent là, mais viennent de la région de la blessure ».

Son effort pour se situer et structurer l'espace lui donne une attitude corporelle très signifiante, un air furtif, inquiet. Il marche en fauchant légèrement, le bras éloigné du corps, l'avant-bras fléchi sur le bras, placé en avant du corps comme une antenne, un pare-choc. Il n'a pas de méconnaissance vraie d'un hémichamp spatial, mais il y a presque des gestes d'aveugle. Il marche toujours quelques pas en retrait de celui qui l'accompagne, et s'en sert comme d'un pilote. Il voit assez bien les objets lointains mais s'il est en train de parler, et que son interlocuteur est très près de lui, il ne le voit pas lui tendre la main, et ne sait pas comment rompre l'entretien. Quand il cherche son portefeuille il passe ses mains appliquées le long de sa veste. Il est incapable de trouver ses poches. Il échoue la plupart du temps à faire son nœud de cravate.

Ses troubles du langage ne l'affectent pas outre mesure « ça ne me gêne pas tellement. Bien sûr, je cherche parfois des mots... comment dirai-je... les termes justes. Mais ça arrive à tout le monde. Chez moi c'est un peu plus souvent, c'est tout ».

Il ne veut plus essayer d'écrire ni de dessiner, ni de calculer ; ses échecs en ce domaine, l'affectent trop et quand on envisage de l'adresser à un service de rééducation, il est très sceptique. « Il y aura des choses grosses qu'on verra et que je n'aurai pas vues. Il y aura aussi des choses que je verrai et que le rééducateur ne verra pas ».

Il est actuellement encore persuadé qu'on a pas bien décélé ce qu'il a et il craint une connaissance finie de son cas qui soit catastrophique.

Nous avons vu qu'il accepte volontiers l'étiquette de G. I. G. dans les avantages sociaux que cela peut lui procurer. Il est de même satisfait de sa pension. Mais il n'en sait pas exactement le montant et laisse à ses parents le soin de la gérer. Ils viennent de lui acheter un appartement « C'est un bon placement ». Mais, il n'envisage pas d'y vivre réellement : « Je suis bien content, cela me fera un coin à moi, mais je continuerai à prendre mes repas chez mes parents ». Quand on lui demande quel genre d'appartement est-ce, il peut dire c'est un F2. Mais son agnosie spatiale et son apraxie ne lui permettent, ni d'en apprécier les dimensions, ni de le décrire, ni d'en tracer le plan.

Sa mère dont on a dit plus haut qu'il était le fils unique et qui a été, par ailleurs, infirmière, le « maternel » actuellement d'une manière très directive. Il perçoit cela comme une agression qu'il subit car il a pris conscience de la nécessité de cette tutelle. « Actuellement, je ne peux pas décemment vivre seul ».

Il est resté soucieux d'une valorisation de soi auprès des femmes. Il veut tenir un rôle de beau parleur et de galant homme. Il soigne d'ailleurs fort coquettement sa tenue. Il a une façade de réparties galantes, et de politesse stéréotypée. Mais il n'a plus l'initiative de rechercher ces contacts. Il ne s'adresse qu'à celles qui « sont au courant de son histoire » : les infirmières par exemple. En effet, « avant, avec les filles, j'avais du succès, je savais leur causer, je les faisais rire. Maintenant, c'est plus pareil... Et puis je ne pourrais même pas leur écrire... Avant, j'étais fiancé, elle est venue me voir, au début, quand j'allais très mal. Elle a dit : « si c'est pour l'avoir comme ça, toujours infirme, j'aime mieux pas ». Elle croyait que je ne l'entendais pas, mais je m'en souviens très bien... Mon père lui a interdit de remettre les pieds à la maison... Je crois que c'est mieux comme ça. D'ailleurs elle est mariée maintenant et elle a un enfant. Il y a quelques temps je l'ai rencontrée. Elle a été étonnée de me retrouver si bien. Je lui ai offert un apéritif comme si de rien n'était... Elle était stupéfaite ». Il a, de l'avis de sa mère, fait alors un retour triomphal chez lui, très satisfait de l'impression qu'il pensait avoir produit sur cette jeune femme. Et cela lui a été une réassurance importante quand à la manière dont les autres pouvaient le juger déficitaire.

Quand il envisage l'éventualité de son mariage, il traduit à la fois la façon dont il se perçoit et dont il souhaite être perçu par autrui. « Il me faut quelque chose de très sérieux et de très sûr. Le jour où je me marie, il y a un tas de choses qu'il faut que je présente. Il me faut une femme aussi mûre que moi et qui ne m'épouse pas pour ma pension. Il ne faut pas qu'elle prenne ça comme une diminution, mais comme une blessure ».

La prise de conscience globale de son affection l'engage dans l'avenir : « Voyez, quand on a eu une histoire comme moi, et qu'on ne peut plus faire son métier, si on n'a appris que son métier, on n'est plus rien. Ce qui compte c'est la culture générale. Heureusement, je crois que j'ai gardé ça. Je sais que si je me marie et que j'ai des enfants, je les ferai s'intéresser à tout. Tenez dans ma chambre, ici, il y avait un polytechnicien, ce gars-là ne savait parler que d'électronique. Eh ! bien ! s'il lui arrive un truc comme moi, il est complètement fichu ».

« Pour moi, j'espère que je vais récupérer encore, certainement pas tout, ça, je n'y compte plus, mais au moins les grosses choses, l'écriture surtout. Pour mes yeux, j'ai vu à la mine de l'« orthoptiste » que ça ne progressait plus. Mais je me suis habitué, ça ne me gêne vraiment qu'en voiture. Je ne pourrai jamais conduire.

Il y en a que je vois, d'autres pas. Une histoire comme ça, il faut la subire en essayant de récupérer ce qui peut être récupéré. Ce qui compte c'est le corps, c'est les nerfs. Chez moi, c'est la substance nerveuse qui ne va plus. Le problème c'est la récupération. Je sais que ça peut être très long. »

Il lui arrive toutefois de penser qu'autrui ne le perçoit pas comme blessé. « Ce qui est gênant c'est que les gens ne sont pas censés savoir que j'ai eu quelque chose, toutes les séquelles que j'ai, ça ne se voit pas au premier abord, et quand je discute ça ne se comprend pas. Et puis surtout parce que je fais jeune, plus jeune que mon âge, on n'y croit pas. Tenez encore récemment dans la rue, une personne m'a bousculé, je ne l'avais pas vue, je me suis excusé, mais le type râlait. Il a fallu que ma mère dise que j'avais été très blessé, il ne voulait pas y croire ».

En résumé, on perçoit que la multiplicité de ses déficits instrumentaux a amputé cette personnalité de tout son élan vers un engagement social et socio-professionnel qui lui était propre avant sa blessure.

Elle lui a créé un monde clos d'où la communication à autrui est devenue difficile.

Bernard T... vit d'une manière repliée, presque exclusivement au sein de son milieu familial. Il y apparaît, comme en une sorte de crise d'originalité juvénile perpétuelle, à la fois hostile et dépendant. Il supporte très difficilement de vivre auprès de sa mère, mais, selon son expression, il ne peut décemment vivre seul.

Son activité, quasi inexistante en tant qu'initiative, s'inscrit dans des schémas spatio-temporaux qui sont très différents de ceux de l'individu normal.

Toute une perception du monde lui est tronquée par ses agnosies et tout un mode d'engagement lui est interdit du fait de ses apraxies.

Sa communication avec autrui ne semble persister que par l'intermédiaire d'une façade faite de stéréotypes de comportements conservés en écho à certains de ceux de sa personnalité pré-traumatique.

Sa relation actuelle est à la fois très pauvre et très superficielle.

Il perçoit autrui et même sa mère comme hostiles à son égard car incapables de comprendre son monde. Il se réfugie volontiers en milieu hospitalier, où il rencontre une meilleure compréhension, où il espère encore une solution à son malaise.

OBSERVATION N° 4. — *Pierre C... et son déficit dans sa relation sociale.*

Son déficit, dans une investigation clinique telle que nous l'avons conçue, est fait de troubles phasiques à type de paragrammatisme et de discrète intoxication par le mot. Il s'y ajoute une détérioration significative. Il n'a pas eu de crises comitiales depuis deux ans.

Dans la manière dont il se perçoit, nous voudrions souligner d'abord, pour ce blessé, un fait primordial. Il n'a en fait pas pris conscience de ses séquelles phasiques. Mais, il s'agit d'un homme du Nord parlant avec un accent très prononcé et, dans le milieu agricole où il évolue, on se soucie très peu de la syntaxe. (Son père écrit d'ailleurs dans un français très peu orthodoxe.)

Il semble donc que la plupart des gens, à travers son accent et son habitus paysan, ne perçoivent que rarement ce déficit. Ils ne vont pas considérer ce sujet d'emblée comme blessé, ni comme handicapé, (à tel point que nous-mêmes, prenant ceci en compte, hésitions tout d'abord, à parler de séquelles phasiques).

Ce blessé se perçoit donc avec un déficit mnésique (sa « difficulté de tenir en tête »), et surtout, d'une manière globale, comme ayant été très gravement blessé.

Et cette manière de voir est reprise par ses parents. C'est sur cette notion globale qu'est fondée sa totale dépendance aux médecins dont nous voyons qu'il attend de savoir comment il peut s'engager dans la vie : « j'attends du docteur X..., qu'il dise à mon père ce que je pourrai faire ». Notons que, fils du propriétaire d'une exploitation agricole moyenne, ses conditions matérielles de réinsertion sont facilitées : il s'emploiera aux travaux de la ferme dans sa mesure. Mais la notion de déficit réapparaît dans le handicap à reprendre la place originale qui était sienne avant sa blessure et surtout à assumer sa promotion : reprendre la place du père (son père l'a bien saisi et intente un procès à l'Etat pour ce préjudice qui lui est causé).

De fait, à la ferme, il a longtemps eu peur de toute activité qui puisse altérer son état. Et comme les médecins l'engageaient à se ménager, il se bornait à s'occuper de son pigeonnier. Cela résumait pratiquement son activité. Et il se montrait très agressif à l'égard des ouvriers agricoles, parce qu'il ne pouvait pas, lui, le fils de la maison les diriger dans le travail.

Lui aussi était fiancé avant son traumatisme : « C'était une Belge qui habitait en France avec ses parents qui s'occupaient d'une ferme. Quand j'ai eu mon accident, elle est venue passer quelques jours à l'hôpital où j'étais, avec ma mère, j'ai rien vu. On me l'a dit. Quand je suis revenu au Val-de-Grâce, elle venait me voir de temps en temps. Quand le docteur X... m'envoyait

quinze jours chez moi, j'allais passer la journée chez elle et le soir, elle revenait passer une soirée chez moi. Ensuite, du Val-de-Grâce, je lui écrivais, elle ne m'a plus répondu. Et mes parents m'ont appris qu'elle leur avait dit qu'elle me quittait. Sur le coup je n'ai pas pleuré, j'étais un peu déçu. Mais maintenant, j'ai dit je ne cherche plus. Ça arrivera un jour que je tomberai sur celle qui m'intéressera (sic), quand je serai bien remis. Maintenant, pour les filles je suis au point mort (sic). Quand le docteur me dira que tout va très bien... que je pense sortir du village... j'irai voir mes amis, on sortira ensemble. C'est sûrement maintenant que je vais commencer à sortir un peu plus ».

Il n'a qu'un noyau d'amis très restreint. Des gens qui connaissent son cas et qui lui permettent de ne pas boire avec eux. Il est très gêné d'être obligé d'expliquer aux gens qu'il ne connaît pas, pourquoi il ne doit pas boire. De fait, dans le milieu qu'il aborde, le verre qu'on offre, ou qu'on accepte est un gage d'amitié. Il a bien perçu que le fait de ne pouvoir adhérer à cette coutume, le mettait en marge de toute une relation normale. Il sort donc très peu. « Heureusement, chez mon voisin c'est un café, des gens arrivent, ils jouent aux boules, je les regarde, puis je parle avec eux ». Mais il préfère la compagnie d'un ami de longue date avec lequel il va à la pêche. Celui-là sait que je dois prendre mes cachets. Avant de partir il me demande si je les ai bien pris ». Il est de même très attaché à son beau-frère : « On est très amis ensemble, on parle beaucoup soit des choses qui l'intéressent, ou des choses qui m'intéressent à moi (!). J'étais chasseur avant, maintenant je ne peux plus, je lui ai donné mon fusil et je suis porte-carnier pour lui ».

Son milieu familial paraît très soudé. Il semble y trouver une atmosphère qui satisfasse son besoin d'affectivité. « Je m'entends toujours bien avec ma sœur, elle a trois ans de plus que moi, je l'aime bien. Elle s'entend bien avec son mari, ils sont très heureux avec leurs enfants, je suis parrain du premier enfant. Je les aime bien ».

« Ma mère est très gentille avec moi, et je suis très gentil avec elle. L'hiver je l'aiderai pour la soulager ».

« Mon père a été très touché quand j'ai été blessé. Il pense à ce que je pourrai faire, sachant comme j'ai été blessé (!). Il se demande comment je pourrai tenir une ferme. Est-ce que je tiendrai cinq ans et redescendrai plus bas ? (sic). Je voudrais que le docteur X... dise à mon père ce que je pourrai faire exactement ».

On sait sa totale dépendance à l'égard des médecins qui dans son esprit connaissent seuls les limites de son affection. Quand le docteur X... l'incite à travailler davantage, il en conclut que son état s'était beaucoup amélioré. Il s'est réintégré au travail des champs et envisage désormais de pouvoir reprendre à son compte l'exploitation agricole : « Mon père a 52 ans, plus tard il surveillera simplement et moi je travaillerai ».

Il a constaté une amélioration de ses troubles mnésiques : « Je marquais sur une feuille, le soir, sur mes vêtements, maintenant, c'est plus la peine, je tiens en tête. » Il projette désormais de relire ses cours d'agriculture : « Le soir, après le journal télévisé, je lis quelques pages, je m'arrête, j'y pense de manière à les tenir bien en tête, puis je le relis ». Il envisage de faire le plan du domaine et d'y faire figurer l'emploi de chaque champ, chaque année.

Tout ce mouvement vers l'avenir vient d'être ébauché lors de sa dernière hospitalisation pour bilan. Il est alors d'humeur égale, presque joviale. Très sociable, il propose une assistance vigilante aux paraplégiques du service. Il prend volontiers des petites initiatives efficaces pour eux. Il a l'estime de tous, et trouve auprès d'eux une réassurance importante.

Craignant une décompensation à son retour chez lui, nous lui avons demandé de nous tenir au courant de ses nouvelles entreprises. Nous rapporterons ici une de ses lettres, témoin de son activité actuelle : « Dimanche j'ai été au cinéma avec mon père voir le film « La Grande Evasion », il était très beau ce film. Hier lundi, je me suis lever à 7 heure j'ai déjeuner, et ensuite j'ai nettoyer mon pigeonier. A 14 heure 30 j'ai regarder le match de football, France-Suisse, à la télévision. Aujourd'hui Mardi je me suis lever à 7 heure 30 j'ai déjeuner et ensuite j'ai fait sortir mes pigeons, et après je suis parti au champs avec mon Père pour charger des remorques de bettrave. A 15 heure je suis revenu des champ pour traire les vaches » (sic).

Retenons que ce sujet n'a pas perçu ses séquelles phasiques, qu'il a saisi sa détérioration et sa discrète récupération dans ce domaine actuellement, que son épilepsie ne suscite pas actuellement de vécu pénible, bien qu'elle conditionne une limitation de son engagement social.

Par contre, il s'est perçu comme très handicapé d'une manière globale. Et c'est comme tel qu'il a été perçu par son entourage immédiat : ses parents, sa fiancée.

Il s'est donc replié dans une relation sociale très pauvre, réduite à sa famille et à un ami de longue date.

Comme il ne sait pas bien quelles sont les limites de son déficit, il est resté dans une totale dépendance à l'égard des médecins qui l'ont soigné. Il attend d'eux qu'ils lui désignent son déficit actuel dans les conduites qu'ils lui autoriseront.

Si l'on considère que son avenir était engagé par ses projets de mariage et ceux de reprendre à son actif l'exploitation de la ferme paternelle, on voit que la blessure est venue interrompre ce mouvement. Sa fiancée l'a abandonné et il n'ose pas actuellement envisager un mariage dont il prendrait l'initiative. Il ne pensait pas non plus pouvoir reprendre en compte l'exploitation de la ferme.

Toutefois, actuellement, quatre ans après sa blessure, cela est remis en cause au moins partiellement, par la constatation d'une amélioration discrète.

On constate ainsi toute la distance qui peut séparer une appréciation clinique d'un déficit de la manière dont le blessé et son entourage vont le percevoir et le vivre.

On voit combien la notion de déficit définie globalement engage la relation sociale actuelle du blessé d'une manière originale. Il semble que sa personnalité post-traumatique se résume dans une dépendance à l'autorité. Cette autorité a toujours représenté pour lui, le mode habituel de vivre : système patriarcal dans une entreprise familiale agricole.

C'est dans le sens de cette personnalité habituelle qu'il évolue actuellement. Mais sa personnalité post-traumatique amputée de toute synthèse, de toute initiative, ne pouvant s'épanouir dans aucune activité substitutive de l'esprit, est comme figée dans une dépendance aux schémas traditionnels : autorité du médecin, du père. Il attend les initiatives des autres et leur reste suspendu.

Les quelques sursauts de vie personnelle : reprise d'autorité à l'égard des ouvriers de l'entreprise, exercice de force musculaire dépassant ses moyens, se sont soldés par des échecs. Ensuite vient une courte phase de fabulation où les actes imaginés étaient racontés devant l'interlocuteur compréhensif. Faute d'interlocuteur, il s'appauvrit progressivement et se raccroche à des automatismes simples de vie caractéristiques de sa personnalité actuelle et préface de sa personnalité devenir.

Aperçu des incidences théoriques de notre démarche dans les problèmes médico-sociaux posés par les B.C.C.

A travers les quatre cas que nous venons de suivre jusque dans leur relation sociale, nous n'avons pas quitté un souci séméiologique dirigé sur le déficit acquis post-traumatique.

Nous l'avons défini d'abord dans une optique neurologique et psychométrique, nous l'avons dégagé dans son sens-perçu-par-le-blessé, puis, nous l'avons vu s'inscrire dans une personnalité qui se fonde elle-même sur son expérience continuelle de ce déficit dans la relation à autrui.

Cette démarche arbitraire, associant une investigation médicale classique à une attitude compréhensive inspirée de la phénoménologie, offre-t-elle d'autres incidences médicales, médico-légales et sociales ?

Envisageons d'abord les *incidences médicales possibles*. (Nous ne sortirons pas ici du cadre de la phase séquellaire.)

Cette démarche fonde, avant tout, une manière de séméiologie.

Une telle méthode associe en effet une analyse du déficit dans ses diverses significations à une synthèse qui le comprend au sein d'une personnalité en relation interhumaine. Elle facilite ainsi l'étude de la maladie post-traumatique dans la pluralité de ses aspects, mais aussi dans son unité. Elle permet en effet de percevoir comment une lésion organique peut se manifester par une apraxie et se prolonger par une névrose, voire même une psychose. Car elle comprend cette maladie post-traumatique, dans le sens où, du fait de la lésion globale ou localisée, il y a désintégration des conduites supérieures, bouleversement des niveaux de structuration et incapacité des conduites praxiques ou gnosiques, tout cela étant vécu par un individu en situation.

Si, dans cette affection, le B. C. C. peut conserver une façade mentale, espace (physique et social) et temps vécus peuvent se réduire à des apparences de présent, à des successions de « maintenant », à une intentionnalité appauvrie visant à un environnement restreint et de sens opaque.

De plus, à travers la notion de corporeïté (dans son sens phénoménologique), se laisse comprendre une certaine originalité

du monde du blessé crânien : il doit intégrer à nouveau son corps propre. Il s'y essaie donc dans une démarche d'identification à ce qu'il perçoit encore de son « Corps Habituel », de son engagement physique et social, antérieur à sa blessure, et qui n'est jamais séparée d'une tentative d'identification à autrui.

Ces deux démarches ne peuvent aboutir : son déficit instrumental éloigne désormais le B. C. C. de son corps habituel, comme il l'éloigne d'autrui. Toutefois, elles le portent à se définir dans sa distance de l'un à l'autre. A travers elles, se structure l'unité de la personnalité traumatique. Elles nous ont semblé sous-tendre la pluralité des comportements réactionnels au déficit instrumental ainsi qu'une possibilité d'approche de la psychopathogénie de la névrose post-traumatique.

En effet, nous avons vu que, si des comportements réactionnels au déficit se laissent intégrer dans un syndrome névrotique (c'est le cas d'Alain D... par exemple), il apparaît lui-même la manière d'engagement inter-sujetif d'une personnalité post-traumatique.

Cette manière de voir ouvre-t-elle des perspectives thérapeutiques ?

Une telle connaissance compréhensive permet d'insérer une rééducation instrumentale dans le cadre d'une personnalité.

D'une manière générale, qu'il s'agisse de rééducation instrumentale ou de réinsertion sociale, elle nous incite à ne pas perdre de vue la personnalité post-traumatique telle que nous l'avons définie.

Elle conduit à fonder une réinsertion sociale sur une connaissance de la personnalité post-traumatique à chacun de ses moments existentiels, pour saisir s'il faut précipiter cette réinsertion ou s'il faut, au contraire, la ménager longtemps, au risque d'en compromettre le souci pour le malade.

Cette démarche compréhensive permettra au médecin d'orienter une relation psychothérapique individuelle, à base d'entretiens répétés, dans le but de faire comprendre au blessé l'origine de ses difficultés présentes et pour définir avec lui ses possibilités sociales.

Il apparaît qu'une bonne compréhension d'une personnalité post-traumatique ne peut être dégagée que dans la synthèse d'une équipe médico-socio-psychologique. Pourtant, s'il reste en liaison avec cette équipe et s'il s'engage dans le sens de cette approche globale, l'omni-praticien doit pouvoir assister efficacement un blessé cranio-cérébral à la phase séquellaire.

Incidences médico-légales et sociales.

Remarquons qu'aucun de nos cas n'a développé de sinistrose. Nous pensons l'expliquer en partie en milieu militaire, par deux faits marquants :

1° la prise en charge médicale, d'une manière gratuite et non limitative des affections consécutives à la blessure ;

2° le fait que la réparation pécuniaire, sous forme de pension, va de soi.

Ainsi, le blessé rencontre un souci de compensation de la part de l'organisme même qu'il peut rendre responsable de sa blessure.

De plus, nous avons vu que, pour un de nos cas (Alain D...) la revendication s'inscrivait plutôt dans le sens d'un refus d'une compensation d'un déficit qu'il tend à annuler.

D'une manière générale, une connaissance compréhensive attachée au déficit nous paraît devoir rendre compte du processus d'élaboration de la sinistrose : Elle peut en effet dégager chez la personnalité pré-traumatique une structure paranoïaque. Elle se soucie des premières interprétations morbides relatives au contexte de la blessure et à son histoire dans leur sens propre au blessé. Elle cherche à saisir, dans la démarche de structuration de la personnalité post-traumatique, les étapes par lesquelles le déficit s'inscrit dans un comportement processif. Elle pourra donc permettre une intervention thérapeutique à la naissance même de l'idée de revendication délirante.

Ainsi donc, au sein d'une action thérapeutique qui aurait assisté la personnalité post-traumatique dans sa structuration, l'attitude médico-légale pourrait prendre en compte, non plus un déficit instrumental, mais un vécu original de ce déficit.

Incidences sociales :

A travers la relation propre à nos cas, nous avons vu que le déficit instrumental est vécu dans une inter-subjectivité : le B. C. C. vit son apraxie, sa détérioration dans le regard d'autrui. Il lui est impossible de les vivre uniquement pour lui.

Tout déficit prend ainsi des significations très diverses qui engagent la compréhension, pour autrui, de la personnalité post-traumatique.

A travers la valeur symbolique attachée à toute lésion de la tête, le B. C. C. est perçu, soit comme en danger de mort, soit comme aux confins de la démence. De fait, le coma et la phase confusionnelle aiguë authentifient cette façon de voir. Et plus loin, au stade séquellaire, l'originalité de l'être-au-monde du blessé suscite encore une crainte de la folie, à la fois chez lui et chez les autres.

A ce niveau, une compréhension du monde du blessé crânien comme original mais non comme morbide (tout aussi paradoxale qu'elle soit dans sa formulation raccourcie) serait peut-être à signifier à l'entourage et à divulguer dans les organismes sociaux appelés à prolonger l'action thérapeutique.

CONCLUSIONS

I. — La « Connaissance compréhensive » inspirée de la discipline phénoménologique nous a amenés à considérer tout déficit partiel dans le champ phénoménal vécu par le sujet blessé.

Ce vécu du B. C. C. l'est à travers une corporéité qui est manière nouvelle d'être-au-monde, s'opposant à celle qui lui était habituelle et familière avant sa blessure.

II. — Cette connaissance compréhensive n'exclut pas celle, objective, construite par la clinique classique. Elle vient la compléter. En effet, elle situe ses propres données au niveau du monde perçu par les blessés eux-mêmes.

Elle permet aux médecins de saisir ce monde original pour y adapter éventuellement une conduite thérapeutique, médico-légale, et sociale, visant à réinsérer le blessé dans ce monde nouveau.

III. — Dans notre étude nous avons situé successivement pour les quatre cas que nous rapportons :

— La personnalité pré-traumatique.

— Les circonstances de leur blessure.

— L'évolution des séquelles de leur blessure jusqu'au déficit actuel.

— Enfin, leur personnalité post-traumatique telle qu'elle se définit par sa nouvelle manière d'être-au-monde, dans sa relation sociale actuelle.

Nos investigations objectives sont basées sur celles cliniques, paracliniques et psychométriques. Elles s'appuient également sur les rapports circonstanciés et la fiche BDM 123 dont nous disposons en milieu militaire, ainsi que sur les contacts que nous avons pu avoir avec les familles des blessés.

Nous avons complété ces investigations par une approche du sens-pour-le-blessé de chacun de ces points de notre plan.

IV. — Il apparaît ainsi que :

1° La personnalité post-traumatique se laisse comprendre partiellement :

- par certains traits de caractère qui ressortent d'une étude de la personnalité antérieure au traumatisme ;
- par des considérations à la fois cliniques et psychométriques concernant l'importance du déficit ;
- par l'aspect original que prend ce déficit dans son sens-pour-le-blessé.

2° Cette personnalité se définit globalement dans sa relation sociale. Et, si le médecin l'y approche, dans une démarche compréhensive, il pourra saisir comment un déficit instrumental s'inscrit dans un comportement.

3° Cela implique, pour les médecins appelés à s'occuper du devenir social de ces B. C. C., une formation concurremment neurologique et psychiatrique.

4° Cela, enfin, incite à prendre en compte au niveau de l'expertise médico-légale une compréhension globale du déficit tel que le blessé le perçoit et le vit.

5° L'institution d'organismes sociaux de réadaptation et de mise au travail de ces personnalités blessées, doit venir prolonger la relation thérapeutique.

Le Président de la Thèse :

Professeur DECHAUME.

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 29 Novembre 1963.

Vu, le Doyen :

J.-F. CIER.

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université,

P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE DES OUVRAGES CONSULTÉS

- ADLER (A.). — Le tempérament nerveux - Eléments d'une psychologie individuelle et applications à la psychothérapie. Payot, Paris, 1948.
- AJURIAGUERRA (J. de) et ANGELERGUES (R.). — De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui (à propos de l'œuvre de Henri Wallon). *Evolution Psychiatrique*. 1962, **27**, 1.
- AJURIAGUERRA (J. de) et HECAEN (H.). — Les fonctions de l'écorce cérébrale. *Journal de Psychologie norm. et patho.* 1960, 193.
- AJURIAGUERRA (J. de) et HECAEN (H.). — Le cortex cérébral. *Etude Neuro-psycho-pathologique*. Masson, Paris, 1960, 459.
- ALAJOUANINE (Th.). — *Les grandes activités du lobe occipital*. 1 vol. Masson, Paris, 1960.
- BENTON (Al.). — Diagnostic des maladies cérébrales par les méthodes psychologiques. *L'Encéphale*. 1954, **43**, 1, 54-72.
- BENTON (Al.). — Visual memory test - The simulation of mental incompetence - (AMA). *Arch. Gen. Psychiatry*. 1961, **4**, 1, 79-83.
- BRISSAUD. — La Sinistrose. *Concours médical*, 1908, 114.
- BRUN (R.). — Kritische bemerkungen zur diagnose der traumatischen encephalose. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1943, 50, 397-407.
- BUFFARD. — Examens psychologiques des traumatisés crâniens au cours des expertises. *Ann. Méd. Lég.* 1959 (sept.-oct.) 508-511.
- BUYTENDIJK. — *Le cerveau et l'intelligence*. *Journal de Psychologie*, 1931, 2, 345-371.
- CASTETS (B.). — Traumatismes bénins du crâne et syndrome subjectif - Etude classique et thérapeutique à propos de 450 observations. *Presse Méd.* 1959, **67**, 48, 1780-1781.
- CAU (G.) et MARIN (A.). — *Annales de Médecine légale et de Criminologie*, 1958, 1, 310-314.
- CRÉMIEUX. — Affaiblissements démentiels consécutifs à des traumatismes crâniens. *Revue Oto-Neuro-Ophthalmo*, 1959, 1, 98.
- DELAY. — *Etudes de Psychologie Médicale*. P.U.F., Paris, 1953, 259.
- DELAY, PICHOT et PERSE. — *Méthodes psychométriques cliniques, tests mentaux et interprétation*. Masson, Paris, 1955.
- DEROBERT (L.). — The expertise on the cranial supured patients. *Ann. Med. Leg.*, 1961, 1, 171.
- EVARD. — Syndrome de Korsakov post-traumatique - Etude anatomo-clinique - Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. 56^e session. Masson, Paris, 1958, 214.
- EY (H.), BERNARD (P.) et BRISSEY. — *Manuel de Psychiatrie (Les troubles mentaux des traumatismes cranio-cérébraux)*. Masson, 1963, 1017.

- FEREY (D.). — Traumatismes du crâne - Médecine - Chirurgie - Expertise. Doin, Paris, 1955.
- FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER. — La pratique psychiatrique dans l'armée. Charles Lavauzelle, Paris, 1935, 598.
- GÉRAUD et Coll. — Les problèmes posés par l'intégration et le maintien dans les milieux du travail des traumatisés crâniens. *Information Médicale*, Juin 1961, 82, 401.
- GOLDSTEIN. — Les effets lointains des blessures cérébrales de guerre. *Grube et Stratton*, New York, 1948, 244.
- HECAEN (H.), AJURIAGUERRA (J. de) et ANGELERGUES (R.). — Les troubles mentaux dus aux traumatismes crâniens. *Encyclopédie médico-chirurgicale - Psychiatrie*. 1955, 2, 37520 A¹⁰, 1-8. — Les séquelles post-traumatiques, *id.* 37520 C¹⁰ 1-10. — Thérapeutique médicale des troubles mentaux post-traumatiques. Rééducation et réadaptation du traumatisé, *id.*, 37520 E¹⁰ 1-5.
- HECAEN (H.). — Dominance hémisphérique et préférence manuelle. *L'Evolution Psychiatrique*, 1959, 1, 1-50.
- HECAEN (H.) avec la collaboration de AJURIAGUERRA (J. de). — Les névroses traumatiques (problèmes théoriques). Congrès des aliénistes et neurologistes. 52^e session. Liège 19-26 juillet 1954, 71-99.
- HECAEN (H.) et AJURIAGUERRA (J. de). — Troubles mentaux au cours des tumeurs intracrâniennes - Importance sémiologique et valeur localisatrice. Masson, Paris, 1956.
- HERMANN (K.). — Sequels of head injuries from a social and psychiatry viewpoint. *Acta Psychiat. Scand.*, 1959, 1, 34.
- HESNARD (A.). — Apport de la phénoménologie à la psychiatrie contemporaine. Rapport de psychiatrie présenté au Congrès de Neurologie de langue française, 52^e session. Tours 8-13 juin 1959. Masson, Paris, 1959.
- KOSOL (H.L.). — Personnalité prétraumatique et séquelles psychiatriques des blessures de la tête. *Arch. Neurol. Psych.* 1945, 53, 358-364.
- LACAN. — Propos sur la causalité psychique. *Evolution Psychiatrique*, 1947, 1, 123-165.
- LAINE et GROS. — L'hémisphérectomie. Rapport présenté à la Réunion annuelle de la Société de Neuro-Chirurgie de langue française (Marseille 1956). Masson, Paris, 1956.
- LHERMITE (F.). — L'Image de notre corps. Ed. Nouvelle Revue Critique, Paris, 1939.
- LHERMITTE (J.). — Les lobes pariétaux par Mac Donald et Critchley - Analyse critique. *L'Encéphale*, 1954, 43, 6, 521-534.
- LHERMITTE et CAMBIER. — Les perturbations somatognosiques en pathologie nerveuse. Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de langue française, 58^e session (Lille, juin 1960). Masson, Paris, 1960.
- MALESYS (J.-M.). — Les comportements réactionnels à l'infirmité. *Sauvegarde de l'Enfance*, avril-mai 1960.
- MERLEAU-PONTY (M.). — La structure du comportement. P.U.F., Paris 1949.
- MERLEAU-PONTY (M.). — Phénoménologie de la perception. Gallimard, Paris, 1945.

- MINKOWSKI (E.). — Phénoménologie et analyse existentielle en Psychiatrie. *Evol. Psychiat.*, 1948, 4.
- MORSIER (G. de). — Les encéphalopathies traumatiques. *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, 1942, 44, 161-241.
- MYNARD (J.). — Coopération praticiens et psychanalystes. *L'Hygiène Mentale*, 1963, 52, Mars-Avril.
- OLLIVIER. — On the evaluation of partial permanent disability in subjective syndromes to cranial injuries. *Ann. Méd. Lég.*, 1959, 1, Sept-Oct. 505-508.
- OSSON (D.). — A propos des facteurs psycho-sociaux - Dans le syndrome post - commotionnel des traumatisés crâniens. *Evol. Psych.* 1963, 27, 2, Avril-Juin.
- PAILLAS (J.) et BONNAL (J.). — Les plaies du cerveau, leurs complications, leurs séquelles - Etude anatomo-clinique physiologique et thérapeutique. *Editions Médicales*. Flammarion, Paris, 1948.
- PICHOT. — La mesure de la détérioration mentale. *Thèse Médecine*, Paris, 1948.
- PIGNÈDE et ABELY. — Séquelles lointaines des commotions cérébrales. *L'Encéphale*, 1930, 25, 6, 432-443.
- PUECH et MALLET. — Suites éloignées des traumatismes cranio-cérébraux. *L'Encéphale*, 1946-47, 36, 5, 129-147.
- RAVINA. — Les séquelles mentales des traumatismes crâniens. *Presse Médicale*, 1941, Nos 85-86, 1066-1072.
- REY (A.). — L'examen psychologique dans les encéphalopathies traumatiques. *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, 1942, 49, 242-266.
- ROUZEAU et LUTIER. — Les facteurs psychologiques et psychosociaux dans le déterminisme du syndrome post-commotionnel des traumatismes du crâne. *Rev. Méd.*, Tours, 1962, 3, 203.
- SUTTER (J.) et STERN SUSINI (R.). — Psychonévrose de guerre. *Ann. Méd. Psych.*, 1947, 2, 496.
- SYMONDS (Ch.). — Concussion and contusion of the brain and their sequelae, in Injuries of skull brain and spinal cord. The Williams Cy, Baltimore, 1943.
- TEUBER (M.L.). — Les modifications de la perception consécutives à des lésions cérébrales chez l'homme par traumatismes crâniens. *L'Année psychologique*, 1958, 1.
- THUREL (R.). *Traumatismes crâniens cérébraux*. 1 vol. Masson, Paris, 80.
- THUREL (R.). — *Blessures cranio-cérébrales par projectiles*. 1 vol, Masson, Paris, 76.
- VALLET et Coll. — A propos d'une grave névrose hystérique post-traumatique. *Presse Médicale*, 1961, 69, 19, 845-848.
- WERTHEIMER et DECOTES. — Traumatologie crânienne. Masson, 1961.
- WERTHEIMER et TOURAINE. — Les résultats éloignés des traumatisés crâniens de la pratique civile. *Presse Méd.*, 1947, 13, 141-142.
- Réunion d'experts en matière de réadaptation médicale, professionnelle et sociale des traumatisés crâniens. Finlande 1958 - Paris Fédération mondiale des Anciens Combattants, 1959.

